



UNIVERSITATEA  
DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE  
„VICTOR BABEȘ” DIN TIMIȘOARA

# SANTÉ ET GENRE

## À LA RECHERCHE DU MOT JUSTE



Editura „Victor Babeș”

Timișoara, 2022



**Editori: Gabriela-Mariana Luca & Jérôme Thomas**

**Imagini: Manuela Narcisa Popescu**

**Centrul de Cercetare de Lingvistică Aplicată și Studii  
Culturale Comparate**

**Centre for Applied Linguistics and Cultural Comparative  
Studies**

**C-CLASC**

**Editura „Victor Babeș”**

Piața Eftimie Murgu nr. 2, cam. 316, 300041 Timișoara

Tel./Fax 0256 495 210

e-mail: evb@umft.ro

**www.umft.ro/editura**

**Director general: Prof. univ. emerit dr. Dan V. Poenaru**

**Referenți științifici: Prof. univ. dr. Maria Puiu**

**Prof. univ. dr. Andrei Motoc**

**Colecția: HIPPOCRATE**

**Indicativ CNCIS: 324**

© 2022 Toate drepturile asupra acestei ediții sunt rezervate.

Reproducerea parțială sau integrală a textului, pe orice suport, fără acordul scris al autorilor este interzisă și se va sancționa conform legilor în vigoare.

**ISBN: 978-606-786-244-7**



Manuela Narcisa **POPESCU** : *Here comes the sun*

# ARGUMENTAIRE

**Gabriela-Mariana LUCA**

Une université existe d'abord par ses étudiants. Sinon, elle pourrait se définir, simplement, comme étant un institut de recherche, destiné uniquement aux personnes mûres, bien formées dans leurs activités et leurs professions, ayant une attitude réservée et, pourquoi pas, légèrement supérieure, par rapport aux jeunes apprentis – trop timides souvent, mais avec la tête pleine de rêves.

Le statut d'Alma Mater demande une attention particulière vis-à-vis de nos plus jeunes collègues.

Leur provoquer la sortie du placard, le courage d'exprimer librement leur opinion et de responsabiliser tôt leurs gestes et leurs paroles en tant que futurs spécialistes est l'idée de base de ce projet éditorial, parti d'une table ronde, où enseignants et élèves se sont accordés le privilège de partager honnêtement, en fonction de leur ancienneté et de leur expérience, bien sûr, des opinions sur des sujets très sensibles pour un jeune étudiant en médecine.

Tout le monde sait que la formation médicale commence dès la première année d'études universitaires et dure toute la vie. Cela demande des décennies d'apprentissage permanent, de renoncement à du temps personnel et peut-être même aux joies les plus simples, afin d'être toujours prêt à intervenir là où on vous le demande.

Des sujets débattus lors de séminaires de communication médicale tels que la féminisation du corps médical contemporain, les différences dans l'expression sociale du genre ou bien dans le cours d'anthropologie

culturelle, avec un regard critique sur le corps humain ou les concepts de maladie ou de mort en sont les raisons sur lequel le présent ouvrage a été construit.

C'est une joie particulière de travailler avec les étudiants du programme de langue française de la Faculté de Médecine de l'Université de Médecine et de Pharmacie Victor Babes de Timisoara.

Ainsi, en mettant en dialogue différentes expériences et formes culturelles, l'idée de trouver le mot juste acquiert un sens encore plus profond.

Les étudiants de langue française, venant de différents pays nous proposent, dans ce contexte culturel extraordinaire, de comprendre encore mieux le monde dans lequel nous vivons et de le décrire à d'autres collègues, d'autres langues et d'autres cultures.

C'est une expérience qui nous enrichit constamment et qui offre la joie d'exprimer tant d'idées intéressantes dans une langue aussi élégante et spirituelle que le français.

Nous avons l'honneur d'avoir avec nous M. Jérôme Thomas, anthropologue, enseignant - chercheur, à l'Université Paul Valéry de Montpellier et, à partir de mars 2021, professeur invité à l'Université de Médecine et de Pharmacie de Timisoara.

Au cours des dernières années, il a pu accompagner les étudiants en médecine, à travers ses conférences et ateliers, les rapprochant du contexte historique et anthropologique du corps humain et / ou de la maladie.

L'enthousiasme et la joie de chercher, de sortir des sentiers battus ont également animé l'équipe d'étudiants qui a créé ce volume sous la coordination de Jérôme Thomas et Gabriela-Mariana Luca.

Passionnés par le sujet, les étudiants en médecine de première et deuxième année ont eu l'opportunité de s'impliquer dans un projet d'écriture réflexive.

Pour certains d'entre eux, les qualités de recherche se sont sans aucun doute révélées.

Le volume apparaît sous la tutelle du C-CLASC (Centre de recherches linguistiques appliquées et d'études culturelles) qui a, parmi ses objectifs, l'implication des étudiants dans les activités de recherche et d'édition, comme un aspect formatif impératif.

# **LES PANDÉMIES : DES RÉVÉLATEURS DE LA FRAGILITÉ DE NOS SOCIÉTÉS?**

**Jérôme THOMAS**

Dr. en anthropologie, chargé de cours en anthropologie, Université Paul-Valéry Montpellier 3, chercheur associé IRIEC (Institut de Recherche Intersite en Etudes Culturelles), professeur invité de l' Université de Médecine et de Pharmacie „Victor Babes” de Timisoara

Depuis le printemps 2020, nous sommes confrontés à une crise inédite qui a bouleversé nos vies et notre quotidien. Restrictions sanitaires de tous ordres, port du masque, distanciation sociale, interactions sociales limitées, injonctions hygiéniques. Ces nouvelles notions et expressions se sont imposées à nous, parfois avec difficultés. Les États ont en quelque sorte repris la main sur notre quotidien en imposant ces restrictions, de manière contraignante et quelques fois brutales, ce qui provoque de fortes tensions et une radicalisation d'une frange de la population qui n'a plus confiance dans les institutions. Le traçage numérique, les applications internet, les logiciels qui nous suivent à la trace montrent que nos sociétés dans lesquelles la liberté est un droit fondamental et le socle de notre contrat social peut être malmenée et ces libertés mises entre parenthèses au nom de la lutte contre une maladie et dans une situation exceptionnelle.

Nous sommes ainsi face à une situation sans précédent sur le plan sanitaire. Mais est-ce vraiment exact? Est-ce la première fois que nos sociétés modernes se retrouvent confrontées à de telles problématiques? Et

puis, que savons-nous des épidémies qui ont pu frapper l'Europe et le monde dans les siècles précédents?

Avant mars 2020, nous avions tendance à penser que les épidémies avaient été totalement éradiquées du monde occidental. La pasteurisation, les progrès constants et spectaculaires de la médecine, la lutte contre les microbes depuis le XIX<sup>e</sup> siècle, les vaccins, tous ces éléments faisaient croire en un progrès continu de la science médicale portée au pinacle et encensée de tout bord. S'il ne restait peut-être qu'une certitude, c'était dans la croyance que la médecine était quasiment infaillible et ses représentants des nouveaux héros de la science pour qui la discrétion, la probité et la sincérité n'avait d'égale que l'efficacité et des compétences reconnues. Si l'on prend l'exemple de la France, ce pays ne pouvait-il pas s'enorgueillir de posséder le système médical le plus performant au monde? Nous vivions dans un faux confort, de fausses certitudes et dans la conviction d'un environnement maîtrisé médicalement.

Les épidémies qui depuis quelques décennies émergent brutalement étaient circonscrites dans des pays et continents lointains: Ébola en Afrique, Zika en Afrique, Asie et Amérique centrale et du Sud, SRAS, grippe aviaire en Asie. L'Europe, l'Occident n'avaient rien à craindre de ces nouveaux virus. Et, justement, grâce à la mobilisation mondiale des organisations de santé et au dévouement des agents sur place, ces flambées épidémiques duraient peu de temps et ne provoquaient que peu de morts. Tout était donc sous contrôle. En 2003, en l'espace de six mois, le SRAS, syndrome respiratoire aigu sévère n'a tué "que" 800 malades, et n'a infecté "que" 8000 personnes.

Mais notre mémoire est faillible; autant la mémoire historique que la mémoire immédiate. Prenons deux exemples significatifs.

\*Depuis le XIX<sup>e</sup> siècle et les fulgurants progrès scientifiques et médicaux, le monde et singulièrement le monde occidental auraient été épargnés par des épidémies meurtrières. Or, bien peu se souvenaient de la terrible tragédie qui frappa l'humanité à la fin du premier conflit mondial en 1918. Ce que les français nomment « la grippe espagnole » a fauché des millions de personnes. Précisons quelques chiffres pour montrer l'ampleur de cette pandémie d'une extrême violence. Elle a touché 500 millions d'êtres humains, soit un habitant sur trois. Entre le premier cas enregistré officiellement le 4 mars 1918 et le dernier, signalé en mars 1920, elle tue entre 50 et 100 millions de personnes, soit 2,5 à 5 % de la population mondiale. A titre de comparaison, la première guerre mondiale causa la mort de 17 millions de militaires et civils et la seconde guerre mondiale a englouti 60 millions de personnes. La « grippe espagnole » est peut-être le plus grand raz-de-marée mortifère de toute l'histoire de l'humanité. Et pourtant, cette tragédie est totalement oubliée alors qu'elle s'est produite voici seulement un siècle.

Et qui se souvient des épidémies de 1956 et 1968-1969 qui touchèrent l'Europe ? Le journal *Le Temps* rappelle :

« qu'en 1956, la grippe asiatique, puis celle de Hongkong (1968-1969) provoquent 3 à 4 millions de victimes. Identifiée pour la première fois dans la province du Guizhou en Chine, la grippe asiatique se répand un peu partout dans le monde, provoquant 2 à 3 millions de morts. Les États-Unis sont l'un des pays les plus touchés avec près de 70000 décès. Mais sa souche évolue ensuite, entraînant une autre pandémie de 1968 à 1969, la grippe de Hongkong, qui tue environ 1 million de personnes. »

\*notre mémoire immédiate est également mise à mal

Nous serions donc débarrassés des virus violents et des épidémies meurtrières depuis des décennies. Le combat serait définitivement gagné. C'est aller un peu vite en besogne et se leurrer soi-même. Tout d'abord, il est utile de rappeler quelques chiffres pour mieux appréhender la situation. Les maladies infectieuses sont la cause de près de 14 millions de morts chaque année dans le monde. Environ 350 maladies infectieuses sont apparues entre 1940 et les années 2000 et 90% des virus et bactéries étaient encore inconnues dans les années 1980.

En janvier 2020, un infectiologue, qui défraiera la chronique quelques semaines plus tard au plus fort de l'épidémie, précise dans le journal *Les Échos* :

« Sur l'ensemble de la planète, et au cours des trente-cinq dernières années, on a vu se succéder tour à tour les crises du SRAS (2002-2003), les deux gripes aviaries (H5N1 en 2004 puis H7N9 en 2013, toutes deux parties de Chine, comme le SRAS), du chikungunya (en 2005 sur l'île de La Réunion), du MERS (syndrome respiratoire du Moyen-Orient, dû à un coronavirus détecté pour la première fois en 2012 en Arabie Saoudite), du virus Ébola (en 2013 en Afrique de l'Ouest), du virus Zika (en 2016 au Brésil). »

Bien entendu, la majorité des nouvelles maladies et nouveaux virus, plus de 90%, proviennent des pays du Sud. C'est si loin. Cependant nous oublions certains événements dramatiques qui nous ont frappés récemment, dans les dernières décennies. La crise de la « vache folle » qui débute en 1986 au Royaume-Uni, puis se répand dans les années 1990 à travers le reste de l'Europe avec un peu plus de 190 000 cas d'animaux touchés par la maladie a provoqué la mort de plus de 200 personnes en Europe occidentale. Il est aussi important de mettre l'accent sur une crise plus diffuse et difficile à appréhender qui devrait pourtant nous inquiéter ; la progression constante

de maladies tropicales telles que la dengue ou la chikungunya qui, détectées dans le sud de l'Europe autour du bassin méditerranéen, progressent insensiblement à cause du réchauffement climatique. Ce sont des signaux d'alerte que nous n'avons pas pris en compte. Et d'ailleurs, comment aurions-nous su ce qui allait nous arriver ? Quand la crise de la Covid-19 débute en Chine, les experts sont confiants sur la capacité des autorités locales à l'éradiquer rapidement et sur la virulence relative du virus. Un extrait d'article d'un journal daté du 31 janvier 2020 propose une analyse de ce que l'on appelle alors « le virus chinois » qui commence à interroger les autorités et inquiéter les populations :

« Les maladies infectieuses font de plus en plus peur mais tuent de moins en moins. Ainsi observe-t-on depuis vingt ans une régression spectaculaire, à l'échelle de la planète, des morts par sida, paludisme et tuberculose [...]. Pour l'ensemble de ces alertes mondiales, la maladie de la vache folle exceptée, on a recensé, en France métropolitaine, moins de morts que le nombre de décès dû en une seule année à l'usage de la trottinette (5 morts) ! Il est possible qu'il en soit autrement pour le coronavirus chinois, mais celui-ci est beaucoup moins meurtrier que les coronavirus circulant en France ». D. Raoult

Cet article est signé par un célèbre infectiologue français, Didier Raoult, dont les prises de position et les traitements proposés pour soigner la maladie créeront la polémique quelques mois plus tard.

Alors que nous pensions être bien protégés, l'ennemi était déjà dans la place depuis bien longtemps. Et que dire du SIDA apparu au début des années 1980 et de l'obésité, considérée à présent comme une véritable épidémie qui menace les citoyens de nos sociétés industrielles et consuméristes. Ce sont des centaines de milliers de personnes qui meurent tous les ans de ces pathologies sans que nous soyons vraiment conscients

d'être face à une redoutable épidémie silencieuse qui mine nos sociétés et remet en cause un modèle de consommation et tout un mode de vie.

Il est donc nécessaire de se tourner vers le passé pour mesurer combien nos sociétés sont tributaires de ces virus et bactéries et que nous les côtoyons depuis les débuts de l'humanité. Loin de représenter des phénomènes marginaux, ils ont pu bouleverser nos sociétés plus d'une fois. Depuis la peste d'Athènes au V<sup>e</sup> siècle avant notre ère jusqu'à la Covid-19, les crises sanitaires et épidémiologiques ont profondément marqué les institutions et les sociétés et constitué des moments de vérité tout en engendrant des ruptures parfois fondamentales.

Alors, quel est le fil conducteur de cette intervention. Cet exposé se déroulera selon deux axes principaux. Appréhender comment les sociétés humaines ont été confrontées à des virus qui ont toujours fortement impacté les structures sociales lorsque des épidémies de grande ampleur se sont déclenchées, tout en mettant un accent particulier sur les mesures sanitaires et les types de thérapies selon les cultures et les époques abordées.

## **Exemples d'épidémies depuis l'Antiquité**

### **Conséquences sociales et politiques**

**Deux stratégies thérapeutiques : la médecine, la religion et la magie**

**À l'époque moderne, les prémices d'une politique de santé publique**

**La révolution hygiéniste du XIX<sup>e</sup> siècle**

**Les politiques sanitaires actuelles**

**Lutte prophylactique et médicalisation de la société**

**Contrôle social des populations**

**Changement dans la civilisation des mœurs**

La crise sanitaire que nous traversons interroge sur nos sociétés et leur devenir. Le choc brutal de cette pandémie fait vaciller nos certitudes les plus ancrées sur la solidité de nos démocraties, nos libertés individuelles, la capacité de l'État à nous protéger, l'émergence de nouvelles maladies. Plus globalement, c'est notre rapport à la nature et à notre environnement qui pose question et l'adéquation entre croissance économique et protection de la planète. En d'autres termes, sommes-nous en train de tout détruire pour la jouissance de biens matériels éphémères? Ces interrogations nécessitent de se tourner vers le passé pour tenter de comprendre si de tels événements ont déjà impacté les sociétés à travers le temps et les continents et surtout comment ces sociétés ont pu faire face, lutter, se relever ou bien périr. Ce regard vers les temps éloignés n'est pas vain. Il permet de mieux entrevoir notre destin et l'évolution de notre civilisation. Et de poser la question: que sommes-nous prêts à sacrifier pour surmonter cette pandémie? La célèbre autobiographie de Stefan Zweig, *The World of Yesterday*, apparaît comme une prémonition quant à notre avenir. La méfiance des citoyens à l'égard des régimes démocratiques, la montée des contestations, la peur d'autrui que Zweig questionne renvoient vers notre fragile modernité.

## Exemples d'épidémies depuis l'Antiquité

Si nous portons notre regard vers les temps les plus reculés de notre histoire, dans l'Antiquité, les épidémies sont très souvent désignées sous le nom de « peste », tiré du latin *pestis* qui signifie fléau. L'Ancien Testament y fait déjà référence puisque la peste fait partie des plaies que Dieu inflige aux Égyptiens. Dans l'*Illiade*, le courroux d'Apollon s'exprime au travers de flèches qui transpercent les Achéens et qui, ainsi, propagent la peste aux compagnons d'Achille.

Mais la peste, probablement le typhus, entre vraiment dans l'histoire avec celle d'Athènes en 430 av. J.-C. Elle est connue et décrite par Thucydide. Environ un tiers de la population athénienne soit environ 70 000 personnes auraient succombé de cette maladie dont le plus célèbre d'entre eux est Périclès. Cette peste marque le début du déclin de la cité qui aura du mal à se relever de cette catastrophe. L'antiquité a connu d'autres grandes épidémies, comme le rappelle *Le Temps* :

« les pestilences de Syracuse aux IV<sup>e</sup> et III<sup>e</sup> av. J.-C., la peste antonine - probablement la variole - à partir de 165, la peste de Justinien, une vraie peste cette fois-ci, en 541. Le nombre de victimes de cette peste justinienne varie de 25 à 100 millions de morts à travers le monde, soit un tiers de la population mondiale de l'époque. Constantinople aurait perdu, en un été, 40% de sa population ».

C'est en Europe, au XIV<sup>e</sup> siècle que l'épidémie de peste bubonique va faire le plus de dégâts en emportant en très peu de temps plus d'un tiers de la population. C'est cette épidémie qui marquera les esprits par sa brutalité et son ampleur. Passant par la Chine puis l'Inde, elle arrive en Europe par les navires marchands italiens dont les caves étaient infestées de

rats. Elle se déclare à Gênes durant l'été 1347 et fait son apparition à Constantinople, à Marseille et en Sicile la même année. En sept ans, selon *Le Temps* :

« elle aurait tué entre 30 et 50% de la population, peut-être 75 millions de morts et jusqu'à un total de 200 millions de morts en Eurasie et en Afrique, affaiblissant encore plus ce qui reste de l'Empire byzantin, déjà moribond, et qui tombera face aux Ottomans en 1453. La peste ne cesse alors de rejaillir tout au long de l'époque moderne ».

La Grande Peste de Londres au cours de l'hiver 1664-1665 aurait fait 100 000 victimes, soit 20% de la population londonienne. Celle de Marseille en 1720, la dernière en France, fauche entre 30 000 et 50 000 habitants, soit de l'ordre du tiers à la moitié de la population de la cité phocéenne. Qui se souvient de l'épidémie de peste de la fin du XIX<sup>e</sup> siècle? Partie de Chine en 1867, elle gagne les Indes, l'Europe, l'Afrique du Nord, les Amériques, le Pacifique; elle est responsable de la mort de 10 à 15 millions de personnes, surtout en Chine et en Inde.

La peste n'est pas seule en cause. Les épidémies de choléra depuis le début du XIX<sup>e</sup> siècle tuent environ 100 000 personnes par an :

« Concentrée initialement dans les plaines du Gange, la maladie se répand dans toute l'Inde à partir de 1817, puis finit par atteindre la Russie, où elle fait plus d'un million de morts, et enfin le reste de l'Europe. Les pandémies de choléra ont provoqué des millions de morts en Europe, en Afrique et dans les Amériques. La dernière, qui commence en 1961, sévit encore au début du XXI<sup>e</sup> siècle. Et que dire de la grippe espagnole, la plus grave pandémie contemporaine, tant en termes démographiques que par son expansion foudroyante. De l'Asie aux Amériques en passant par l'Europe, aucune région du monde n'est épargnée; en moins de deux ans, le virus tue des dizaines de millions de personnes » (*Le Temps*).

## Conséquences sociales et politiques

Cette énumération, qui n'est pas exhaustive bien entendu, montre à quel point les virus et microbes accompagnent les hommes depuis les origines et combien ils peuvent être mortels. Ce rapide tableau appelle trois remarques principales :

### \*accélération et amplification des épidémies

Tout d'abord, au fil du temps leur répétition s'accélère; elles reviennent de plus en plus souvent, avec une ampleur croissante dans le nombre de morts et une expansion de plus en plus mondialisée et rapide à cause des échanges des hommes et des marchandises. L'inter connection des aires géographiques ne date pas du XIX<sup>e</sup> siècle avec la première révolution industrielle. L'historien William McNeill a compilé les mentions historiques des épidémies qui ont frappé l'empire chinois du III<sup>e</sup> siècle av. J.-C. à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle. La première est datée du III<sup>e</sup> av. J.-C., mais il faut attendre le I<sup>er</sup> siècle av. J.-C. pour voir apparaître la deuxième. Six ou sept événements épidémiques sont ensuite consignés au cours de chaque siècle du I<sup>er</sup> millénaire. Puis c'est l'emballement avec 17 épidémies recensées au XIV<sup>e</sup> siècle, 42 au XVI<sup>e</sup> siècle.

La densité des populations, les contacts entre les aires géographiques, la domestication des animaux et leur proximité de plus en plus grande avec les humains expliqueraient l'ampleur de ces événements épidémiques. La peste noire qui frappe l'Europe entre 1347 et 1353 montre l'itinéraire suivi par le bacille. Elle emprunte les routes commerciales terrestres et maritimes reliant l'Asie à l'Europe, comme la route de la soie par l'Asie centrale et les routes maritimes indo-arabes par l'Océan indien. Introduite dans le port génois de Caffa sur les bords de la Mer Noire en

Crimée, elle arrive en quelques mois en Europe puis se diffuse sur le continent en moins de trois années. C'est le même scénario à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle pour la « peste chinoise ». Sa vitesse de propagation va de pair avec le développement de la marine à vapeur qui bouleverse le commerce international et raccourcit les temps de traversée. Les bateaux transportent de plus en plus vite les marchandises, les hommes, les rats infectés et par conséquent les maladies.

\*ensuite, elle déstructure les sociétés confrontées à cette brutale irruption de la maladie

Quand Thucydide évoque la peste d'Athènes, il désigne une catastrophe. Et c'est le sens qu'il a gardé. Dès ce moment, on sait qu'une épidémie entraîne un bouleversement, une révolution de la société, et la plupart des observations de Thucydide peuvent s'appliquer aux sociétés contemporaines. L'historien athénien souligne l'impact social de la peste. Il mentionne les rites funéraires non respectés, la perte de la hiérarchie et la dissolution de l'ordre social. Le corps social est autant atteint que les corps biologiques et l'épidémie entraîne le chaos et le déclin de la cité grecque.

Au VI<sup>e</sup> siècle, la peste va mettre à terre les efforts de l'empereur Justinien pour restaurer la grandeur de Rome. Elle va aussi préparer le terrain à l'arrivée des conquérants arabes, selon certains chercheurs. La crise est aussi économique dans l'empire byzantin. En 553, Justinien est obligé d'effacer les impôts dus depuis l'épidémie, tant la population s'est appauvrie. Lors de la peste noire, l'effondrement de la population aura de profondes conséquences économiques, sociales et politiques dont les effets se feront encore ressentir des décennies plus tard. Le délabrement urbain est sévère. Un exemple parmi tant d'autres est le témoignage de Boccace, l'auteur du *Décameron*, sur la peste à Florence. Le poète décrit une

disparition complète de toute autorité civile, une ville livrée aux pillards où les habitants s'organisent comme ils le peuvent pour gérer les cadavres qui envahissent les rues. Les structures étatiques sont totalement bouleversées et délabrées. L'autorité a disparu dans la tourmente.

\*enfin, conséquence ultime et tragique, elles peuvent entraîner la disparition d'empires

Depuis quelques années, la question du climat et des germes et plus généralement de l'environnement comme facteurs décisifs dans l'effondrement de certaines civilisations a le vent en poupe et interroge fortement les spécialistes. L'un des travaux les plus spectaculaires est celui de Kyle Harper, *Comment l'empire romain s'est effondré*, pour qui la peste joue un rôle primordial dans la chute de l'Empire. Harper rappelle que les sociétés humaines sont étroitement liées à leur milieu environnant. Ce binôme environnement dégradé/maladies aurait également provoqué la disparition des Mayas. Si l'on se tourne vers les Amériques au moment de la rencontre entre Européens et Amérindiens, les populations locales non immunisées ont payé un lourd tribut. Variole, grippe, voire simple rhume ont fauché des millions d'Indiens. Cela expliquerait en partie l'effondrement de l'empire aztèque et dans une moindre mesure celui des Incas. En 1545, deux décennies après la conquête, éclate au Mexique une très grave épidémie. On estime qu'elle fit de 12 à 15 millions de morts en moins de cinq ans. Cette première épidémie fut suivie par une deuxième en 1576 qui fit plus de 2 millions de victimes. Quelques décennies plus tard, plus de 95% de la population indienne d'Amérique centrale aurait disparu. Le bilan est terrible.

Alors comment réagir face à ces virus et bactéries? Quelles stratégies adopter? Le spectre est large et les solutions parfois étonnantes. Les

sociétés ont rivalisé d'imagination pour tenter de combattre efficacement ces maux effroyables. Deux stratégies thérapeutiques ont été mises en œuvre jusqu'à l'époque moderne : d'un côté l'appel à la médecine et de l'autre le recours la magie et à la religion et finalement souvent les deux en même temps.

### **Deux stratégies thérapeutiques: la médecine; la religion et la magie**

#### **\*Médecine**

Marie-Hélène Marganne, spécialiste de l'histoire de la médecine, précise que selon les théories hippocratiques qui connaîtront un large échos jusqu'à l'époque moderne :

« la maladie est provoquée par la présence de miasmes dans l'air inspiré. Il faut donc fuir la région infestée et suivre un régime amaigrissant pour éviter d'avoir à respirer trop fort cet air infecté et vicié. Les autorités sanitaires recommandent aussi d'échauffer l'air, par exemple en allumant de grands feux dans les rues, et de pratiquer des fumigations. Les nantis de la Rome impériale pouvaient encore prendre de la thériaque, remède coûteux composé de plus de 70 ingrédients, dont l'opium et la chair de vipère, car, selon la tradition, elle empêchait l'air respiré de nuire à l'organisme ».

Mais si une silhouette peut incarner la lutte contre les épidémies, c'est bien celle du « médecin de peste » médiéval. Comment est-il habillé ? Une ample tunique noire, un chapeau, un masque en forme de bec d'oiseau dans lequel des herbes prémunissent de la pestilence. Des lunettes, et des gants en cuir complètent sa tenue. Sans oublier une fine baguette de bois, utile pour soulever les vêtements des pestiférés sans les toucher et ainsi

éviter toute contamination. Costume étrange et qui interroge sur ton utilité. Pourtant, on pense que l'air est empoisonné, mais un bon sens s'exerce déjà, qui pousse à rester chez soi et à se masquer, comme on le fait encore aujourd'hui avec le coronavirus.

Ce qui frappe surtout, c'est l'impuissance des connaissances médicales à enrayer ces tragédies. Les moyens employés sont peu efficaces et il faut alors s'en remettre aux forces spirituelles

### \*Religion et magie

Marie-Hélène Marganne remarque que la population et les autorités :

« recourent à la religion et à la magie, où le concept d'infection justifie non seulement les rites de purification et l'absence de contacts avec les malades infectés, mais aussi des pratiques prophylactiques, comme par exemple le port d'amulettes, la préparation de recettes, la récitation d'invocations ou de charmes et les consultations d'oracles ».

Les Dieux sont régulièrement convoqués pour tenter de conjurer le sort. Au III<sup>e</sup> siècle av. J.-C., alors que Rome est victime depuis trois ans d'une terrible épidémie accompagnée de famines, un ambassadeur est envoyé à Epidaure en Grèce par le sénat pour ramener le dieu Asclépios qui, sous forme d'un serpent, doit dorénavant protéger la ville. Au II<sup>e</sup> siècle, alors que la peste antonine fait des ravages dans l'empire romain, un thaumaturge, sorte de guérisseur sacré, venu des bords de la Mer Noire diffuse dans tout l'empire l'oracle suivant :

« Phoibos aux longs cheveux chasse le nuage de la peste ».

Sommes-nous aujourd'hui dégagés de ces croyances dans nos sociétés sécularisées ? En avril 2020, un quotidien français publie un article

co-signé par un islamologue et un rabbin. Ils dénoncent le « virus de l'irrationalité religieuse ». En effet, sur les réseaux sociaux divers commentaires ont pour point commun d'attribuer cette épidémie à la volonté divine, pour châtier l'humanité décadente. On peut même parler d'un providentialisme qui apparaît aujourd'hui comme une religion de la nature. Pour ses plus ferveurs zéloteurs, cette pandémie n'est pas une surprise. Bien au contraire, elle est le résultat d'une nature qui se venge d'une humanité prédatrice et dévastatrice. Les collapsologues ont remplacé les anciens prophètes.

### **À l'époque moderne, les prémices d'une politique de santé publique**

Mais ce sont essentiellement les prémices d'une politique de santé publique qui permettent de lutter plus ou moins efficacement contre les épidémies. Et il semble bien que les mesures mises en place pour tenter d'endiguer les fléaux aient joué un rôle non négligeable dans l'ingérence des États dans la vie quotidienne et privée des citoyens. Dès le XIV<sup>e</sup> siècle, l'Italie est à la pointe des innovations sanitaires, alors que les pays du nord de l'Europe accusent un retard certain. L'année même de l'arrivée de la Peste noire en Europe, trois fonctionnaires sont chargés de la surveillance sanitaire de la ville de Venise. Quelques années plus tôt, la cité avait déjà ouvert un premier lazaret, c'est-à-dire un établissement pour les mises en quarantaine des contaminés. Très vite, de nombreuses villes et États se dotent d'un « secrétariat à la Santé » et de vastes hôpitaux qui peuvent, comme à Milan, accueillir plusieurs milliers de malades. En France, il

faudra attendre le XVIII<sup>e</sup> siècle pour commencer à envisager l'établissement d'un véritable bilan sanitaire du pays.

Au XVII<sup>e</sup> siècle, expliquent l'historien de l'alimentation Pierre Leclercq et l'historienne des sciences Geneviève Xhayet, le médecin La Framboisière propose les prémices d'une politique de santé et d'hygiène publique afin que les autorités prennent les initiatives adéquates en cas d'épidémies. Il explique qu'elles sont liées à la corruption de l'air en « raison de phénomènes astraux ou d'exhalaisons putrides issues d'eaux stagnantes, de carcasses en putréfaction, que le vent dissémine ». La contagion se fait également par l'intermédiaire des déplacements humains.

Les solutions proposées à finalité médicale - s'éloigner des lieux infectés, rendre l'air plus sain, protéger le visage avec un linge imprégné de vinaigre et d'eau de rose ou bien de plantes médicinales et aromatiques - côtoient des prescriptions plus étonnantes telles que garder le moral et vivre joyeusement. La Framboisière préconise d'isoler les malades à leur domicile ou à l'hôpital en cas d'infection. Si cela n'est pas possible alors des constructions *had hoc* seront érigées et ensuite brûlées suite au décès des malades. Enfin, il recommande fortement d'éviter les contacts directs avec les personnes infectées et tout ce qui les entoure (vêtements, ustensiles, linges) jusqu'à leurs déjections. Si le malade est mort à domicile, alors s'impose la nécessité de bien nettoyer, aérer et désinfecter les pièces en brûlant des aromates. Ce sont des méthodes empiriques dont le succès n'est pas toujours garanti.

## **La révolution hygiéniste au XIX<sup>e</sup> siècle**

Mais c'est l'hygiénisme, au XIX<sup>e</sup> siècle, qui révolutionne définitivement le rapport aux épidémies. En 1847, au service maternité de l'hôpital de Vienne en Autriche, le médecin Semmelweis découvre l'importance de se désinfecter les mains. Il en impose le lavage dans son service. 30 ans plus tard, Pasteur préconise la stérilisation, le nettoyage des instruments médicaux et la propreté des mains. En parallèle, les épidémies mènent aux mêmes conclusions qu'aujourd'hui. La découverte des microbes et bactéries montre que pour se protéger, il faut éviter les contacts avec les malades. On comprend qu'il faut éviter de toucher. En France, dans l'entre-deux-guerres et surtout à partir des années 1950, l'hygiène, notamment le lavage des mains, devient un enjeu de santé publique. Parallèlement, les études épidémiologiques - dont la première remonte à 1854 - une meilleure compréhension du rapport entre médecine et alimentation, la multiplication des vaccins, depuis la vaccination contre la variole due à Edward Jenner au XIX<sup>e</sup> siècle, jusqu'à la découverte des antibiotiques par Fleming permettent de mieux répondre aux risques liés aux épidémies et de commencer à les contrôler.

Et nous voici parvenus en 2020. Stupeur et incompréhension ont tout d'abord dominé face à l'imprévu et à l'imprévisible. Cet événement n'a rien de commun avec les grandes ruptures connues depuis le début de l'époque contemporaine, que ce soit des cataclysmes politiques, tels que la Révolution de 1789; les deux guerres mondiales; l'effondrement de l'empire soviétique en 1991 ou plus récemment les spectaculaires attentats terroristes de 2001. Au contraire, nous sommes face à un ennemi invisible, indétectable peut-être transmis par un animal dont nous ignorions même

jusqu'au nom, le pangolin. Contrairement à d'autres épidémies dont nous avons esquissé l'histoire, celle-ci semblait bien loin d'être la plus redoutable. Pas d'amoncellement de cadavres, pas de villes rayées de la carte, une létalité assez modérée et même les enfants qui sont épargnés.

Alors, qu'est-ce qui a changé? C'est la manière dont les sociétés ont réagi à l'échelle mondiale avec un confinement général des populations et surtout l'impératif absolu et sans précédent de privilégier la vie humaine, fût-ce au prix d'un arrêt quasi-total des activités économiques. C'est inédit dans l'histoire, mais l'aboutissement d'un long processus. A partir du XIX<sup>e</sup> siècle, avec l'essor des communications et de la médecine pasteurienne, les pandémies deviennent des événements mondiaux, c'est-à-dire qu'elles frappent quasi simultanément partout dans le monde et que l'on identifie, comprend et traite de la même manière. Que nous apprennent alors ces décisions politiques sur notre vision de la société, de l'acceptabilité sociale et du rôle des États dans ces moments cruciaux?

## **Les politiques sanitaires actuelles**

### **Lutte prophylactique et médicalisation de la société**

Pour la première fois dans l'histoire, le pouvoir politique a pris le pas sur le pouvoir économique, en préférant la préservation de la vie humaine à la poursuite de l'activité économique. Pourtant, nous avons assisté à une impréparation flagrante des systèmes sanitaires, produit d'une mauvaise appréciation des risques de l'épidémie. Dans les pays occidentaux, les scientifiques et les politiques étaient tellement persuadés de l'efficacité de leur système de santé qu'ils n'ont pas pris les précautions sanitaires

nécessaires adoptées par certains territoires. Taïwan, Hong Kong, Singapour, déjà confrontés dans les années 2002-2003 au SRAS ont mis en place des systèmes d'alerte et de prévention qui ont prouvé leur efficacité à partir de 2020, fut-ce au prix d'une restriction des libertés individuelles.

Reprenons le dossier. Michel Foucault a montré à plusieurs reprises qu'à partir du XVIII<sup>e</sup> siècle la crise de la modernité, l'effacement progressif de la religion convoquent la médecine et les sciences du vivant pour définir de nouvelles normes de vie conformes au contrôle social des populations. La santé devient l'objet d'une véritable attention politique, incitant à la surveillance et à la rationalisation des corps. L'État invite alors la médecine à participer et à expérimenter de nouvelles technologies de pouvoir qui visent au gouvernement des conduites individuelles et collectives.

Depuis le XVIII<sup>e</sup> siècle, la médecine ne cesse d'argumenter un discours sur le contrôle social des populations au nom de la raison sanitaire et de l'hygiène publique et cette médicalisation de l'existence s'est accrue sans cesse depuis trois siècles. Elle s'est dotée tout au long du XIX<sup>e</sup> siècle des savoirs, des discours et des institutions et des outils chargés de définir et de gérer de manière toujours plus serrée, précise, dense, technique et administrative un programme d'administration scientifique et rationnel du contrôle du vivant. Le XX<sup>e</sup> siècle a commencé à le mettre en œuvre massivement jusqu'à faire apparaître le spectre d'une « santé totalitaire ».

La médicalisation de la vie est ainsi la traduction ultime de l'extension du pouvoir médical et cette médicalisation de la société est alors obtenue par une extension de l'autorité médicale, appelée à fonctionner non plus seulement comme autorité de savoir, mais également comme autorité de pouvoir politique et social, ce que dénonce de plus en plus de voix. Elle se diffuse dans l'ensemble des problématiques relatives à la société:

relations sociales, modes de vie, préconisations voire injonctions sur les vacances qu'il faut prendre ou non dans un contexte pandémique... Elle impose ses choix, murmure à l'oreille des gouvernants. La crise de la Covid-19 nous montre que nos États tendent eux-mêmes à se définir de plus en plus comme des « États médicaux ouverts dans lesquels la médicalisation est sans limites » pour reprendre Foucault.

### **Contrôle social des populations**

En 2020, les États démocratiques ont mis en œuvre des mesures unimaginables quelques mois plus tôt et ont imposé, parfois brutalement, des restrictions impensables en d'autres circonstances, comme contraindre les citoyens à rester chez eux, à se munir d'une attestation pour sortir, à limiter la distance autorisée à parcourir pour chacun, à respecter un couvre-feu. Les forces de l'ordre ont le droit d'arrêter, d'infliger des amendes à ceux qui ne sont pas autorisés à se rendre à l'extérieur. En période de peur, la population accepte des restrictions qu'elle refuserait en temps normal. Nous pouvons imaginer sans peine les effets d'une surveillance numérique sécuritaire si elle devait se prolonger dans une sorte d'état d'exception sanitaire.

#### **\*Confinement et restriction de la liberté de circulation**

Confiner n'est pas une nouveauté. C'est le changement d'échelle qui surprend. On a une première trace du confinement à Raguse, Dubrovnik aujourd'hui, à la fin du XIV<sup>e</sup> siècle contre une épidémie de peste, puis à Venise au XV<sup>e</sup> siècle. C'est la quarantaine, chiffre symbolique (le Déluge a duré 40 jours, le Christ a passé 40 jours dans le désert...) qui suggère une parenté directe entre impureté et infection. La plus célèbre quarantaine, en

France en tout cas, est celle de Marseille, lors de la peste de 1720. Les mesures prises sont draconiennes et à la mesure de la tragédie qui se joue dans la région. Les autorités mettent en place un cordon sanitaire en Provence pour éviter toute propagation. Un « mur de la peste » est érigé dans le Vaucluse pour isoler la cité phocéenne et sa région. Sévèrement gardé par des soldats, il se veut hermétique et les militaires ont ordre de tirer sur tous ceux qui tenteraient de franchir ce mur. Pendant la peste à Marseille, les autorités généralisent les billets de santé, sorte de laissez-passer, d'abord utilisé dans les ports italiens pour certifier que le porteur n'est pas malade. Le voyageur qui n'en est pas muni peut être condamné à mort, mesure très dissuasive... un conseil de santé est même mis en place par le pouvoir royal. Abandonnée au XX<sup>e</sup> siècle, la quarantaine a été de nouveau expérimentée lors de l'épidémie d'Ébola en Afrique de l'Ouest en 2014.

Déjà en 1835, Tocqueville affirme dans *De la démocratie en Amérique*

« qu'il n'y a pas de pays en Europe où l'administration publique ne soit devenue non seulement plus centralisée, mais plus inquisitive et plus détaillée ; partout elle pénètre plus avant que jadis dans les affaires privées ; elle règle à sa manière plus d'actions, et des actions plus petites, et elle s'établit davantage tous les jours à côté, autour et au-dessus de chaque individu, pour l'assister, le conseiller et le contraindre ».

C'est le renforcement, mais aussi l'extension de la puissance étatique. Tant dans le domaine privé que public, l'État est devenu le « réparateur unique de toutes les misères », s'occupant des questions qui jusque-là ne concernaient que les individus, telles que l'emploi, la pauvreté et bien sûr la santé. Même la science-fiction a anticipé ce qui allait se produire. En 1951, Isaac Asimov résume la vie des habitants de la ville de

Trantor dans *Fondation*, à celle de personnes vivant dans des alvéoles sans s'aventurer à l'air libre. En filigrane se dévoile l'idée d'un État omnipotent, inquiétant et tout puissant. Depuis 2020, l'intrusion des autorités dans la vie de la population est d'autant mieux tolérée que la peur de la maladie et de la mort légitime les mesures exceptionnelles prises, et elles sont perçues comme favorable à l'intérêt général. D'autant qu'ils sont considérés comme éphémères, le temps que passe la crise. C'est tout l'enjeu de l'acceptation sociale. Mais cette situation ne peut rester que transitoire. Les tensions sociales et politiques liées à un état d'exception ont déjà provoqué des émeutes, des manifestations violentes, des affrontements avec les forces de l'ordre et plus fondamentalement une remise en cause de la légitimité des États - au nom de la liberté de chacun - à imposer des contraintes d'ordre sanitaire à ses concitoyens.

#### \*Bio-pouvoir

La pandémie a mis en lumière les tensions importantes entre d'un côté les libertés publiques et individuelles ainsi que leur défense et de l'autre côté le contrôle des corps, ce que Foucault a pressenti autrefois, en parlant de « bio-pouvoir », c'est-à-dire le risque nouveau d'une domination sur la vie biologique et non plus seulement sociale des citoyens. Que dit Foucault : « c'est sur la vie maintenant et tout au long de son déroulement que le pouvoir établit ses prises [...]. Les disciplines du corps et les régulations de la population constituent les deux pôles autour desquels s'est déployée l'organisation du pouvoir sur la vie ». Foucault, tout comme le philosophe Gilles Deleuze dénoncent cette montée du « contrôle social », cette « biopolitique », entre autres en réponse aux épidémies.

#### \*Renforcement du pouvoir des États

Les sociétés occidentales se sont forgées un imaginaire dans lequel les épidémies sont synonymes de chaos, d'impuissance et de désorganisation des sociétés face à l'ampleur du malheur et d'un État en pleine déliquescence. Or, bien au contraire, la crise sanitaire a permis une extension des prérogatives du pouvoir exécutif. Au nom de l'urgence sanitaire et du bien commun, jamais l'État n'a été autant omniprésent, pour ne pas dire omnipotent.

Reprenons rapidement le débat. Cette volonté de diminuer l'impact des « pestes » au XVIII<sup>e</sup> siècle avec l'instauration de passes sanitaires ou de la quarantaine n'est donc pas étrangère au processus de modernisation et de bureaucratisation des États. Au XIX<sup>e</sup> siècle, les États, et d'abord le Royaume-Uni, mettent en place un système très organisé avec visite médicale menée par des médecins dans tous les bateaux qui accostent dans les ports du royaume. Il s'agit d'identifier les malades, de les isoler. Ce sont en somme les débuts du *tracking* contemporain...

Alors que les épidémies se font plus rares au début du XX<sup>e</sup> siècle, la santé ne se réduit plus à la seule gestion des épidémies. La notion de santé publique s'impose et légitime la législation sanitaire. C'est l'idée que la collectivité est en droit d'intervenir, c'est-à-dire de limiter les libertés individuelles pour préserver l'intérêt général en invoquant la solidarité sociale. Or, dans le même temps, les populations sont de plus en plus exigeantes à l'égard des autorités en matière sanitaire. Et ce n'est pas nouveau. En 1892, la gestion de l'épidémie de choléra par les autorités de Hambourg est tellement catastrophique que c'est tout le système de gouvernement de la ville qui est ensuite modifié sous la pression des citoyens.

Aussi, la réaction face à l'épidémie renforce la tendance croissante à utiliser l'État d'exception comme une façon normale de gouverner. Les technologies de l'information ont permis d'imposer un traçage plus important et d'intégrer en permanence cette technologie dans tous les aspects de la vie quotidienne. Suivant de nouveau Foucault, les formes modernes de contrôle sont exercées par un pouvoir diffus qui dispose d'outils de plus en plus sophistiqués pour surveiller, contrôler, imposer des normes. La pandémie renforce l'individualisation du contrôle sur l'individu. Surgit alors la crainte que les mesures imposées exceptionnellement conduisent à une permanence de ce monde de contrôle et que les droits des individus soient menacés et restreint et, qu'*in fine*, les démocraties ne soient en danger ou, à tout le moins, qu'un certain nombre de libertés fondamentales (droit de manifester, respect de la vie privée...) ne soient réduits drastiquement.

Un autre domaine est aussi impacté, celui des relations sociales. On en soupçonne moins l'importance, mais les populations ont beaucoup souffert et souffrent encore tant de l'isolement, de l'éloignement des proches, que de ces « gestes barrière » consécutifs à la pandémie qui instaurent de fait une distance physique. C'est une conséquence de l'épidémie qui mérite que l'on s'y arrête, d'autant plus que le sujet est relativement peu abordé dans le champ du discours politique.

## **Changement dans la civilisation des mœurs**

Les historiens et les études en sciences sociales insistent pourtant sur les conséquences culturelles, sur les mentalités, et donc sur les comportements engendrés par cette «grande peur» avec laquelle il faut apprendre à vivre. Plus que jamais, la pandémie rend visible dans l'espace publique les faits sociaux et, depuis le début de l'épidémie, il est beaucoup question de «distanciation sociale» ; de «gestes barrière» et d'hygiène. La peur d'être contaminé a bouleversé nos rapports sociaux et on assiste à une séparation des corps. Bises, poignées de mains sont bannies, mais également toutes les sécrétions (postillons, éternuements...). On se méfie des contacts et c'est toute notre gestuelle et nos attitudes corporelles qui sont profondément modifiées. Aussi, les sociétés ont dû concevoir des dispositifs inédits pour se protéger. Alors, assistons-nous à des changements profonds et durables dans le processus de civilisation?

Depuis les travaux pionniers des sociologues Norbert Elias sur la civilisation des mœurs et d'Erving Goffman sur la mise en scène de soi dans la vie quotidienne, nous savons que la pacification des rapports humains est le fruit d'un long processus civilisationnel. Pour contenir les instincts et les passions des citoyens, les sociétés ont développé des règles d'interaction et d'autocontrainte très fortes. Ce sont des règles, souvent non conscientes, qui permettent d'éviter le sentiment d'agression suscité par la simple présence corporelle de l'autre. Nous savons également que le contact physique ritualisé est primordial et crée une sécurité relationnelle essentielle, un besoin vital chez les individus. Ce besoin est même premier avant la nécessité de manger ou de boire. La sécurité affective procurée par le contact corporel est à la base du développement de l'être humain.

Parallèlement, depuis le XIX<sup>e</sup> siècle, la santé publique se développe autour d'une vision sociale et politique appelée « l'hygiénisme ». À cette époque, les hygiénistes tentent de limiter les contacts corporels. La découverte au XIX<sup>e</sup> siècle des germes (bactéries, virus, parasites) et de leur rôle dans la propagation des maladies attire une suspicion nouvelle sur les contacts et fluides corporels. Pour assainir le corps social, les hygiénistes s'efforcent d'interdire d'uriner sur la voie publique, d'y déféquer ou de cracher. En Allemagne, des panneaux « défense de cracher » apparaissent dès 1896 et rapidement, en France, les murs se couvrent d'affichettes comportant le même message. Les épisodes épidémiques accélèrent le processus. La grippe espagnole a mis fin à l'usage des crachoirs dans l'espace public. Cette évolution s'est étendue à de nombreuses sociétés. L'échange de salive que condamnent les hygiénistes avec le partage des verres, le partage de nourriture avec les mains ou en Chine l'usage des mêmes baguettes pour piocher dans le plat et mettre les aliments dans la bouche sont fermement condamnés. La main qui touche le visage ou la bouche est une menace que les médecins veulent neutraliser en préconisant le lavage des mains. Il faut également éviter de les serrer. Depuis le milieu du XIX<sup>e</sup> siècle, et grâce au médecin hongrois Semmelweis, on sait l'importance du lavage des mains pour éviter les maladies et les surinfections. Face aux épidémies des recommandations sont faites. En 1904, le New Jersey interdit le baiser et c'est renouvelé par plusieurs États américains lors de la grippe espagnole. Des médecins veulent de même interdire la poignée de mains considérée comme antihygiénique. C'est le cas du médecin américain Nathan Breiter qui publie un article à ce sujet en 1897. Ces recommandations ne sont pas nouvelles et se heurtent depuis toujours à des réticences, voire des résistances. Déjà ; au I<sup>er</sup> siècle, un édit de

l'empereur Tibère interdit le baiser à cause d'une maladie contagieuse appelée *mentagra* (lichen) qui ravage le visage et lui donne un aspect repoussant. Peine perdue. L'édit reste lettre morte et le poète Martial note que « même un menton affecté de lichens sordides ne préserve pas des donneurs de baisers ».

Mais l'hygiène et le discours hygiéniste ont du mal à s'imposer et ne sont pas encore suivis d'effets et ce, d'autant plus que grâce à l'usage des médicaments, des antibiotiques, maladies et bactéries sont éradiquées. Cela va progressivement rendre ces mesures hygiénistes moins importantes et impérieuses, en tout cas dans les pays occidentaux. La peur des maladies s'éloigne et les contacts physiques ne sont plus source de méfiance, d'autant plus que ce processus de civilisation des mœurs n'a jamais eu pour moteur premier les progrès de l'hygiène. Délicatesse, sensibilité et donc répugnance face aux fonctions corporelles ont pesé davantage que la peur de la contagion. Les rites d'interactions, comme la poignée de mains, sont surtout considérés comme un signe de modernité, de progrès, de pouvoir et de puissance aussi.

Or, la Covid-19 renverse spectaculairement la tendance en très peu de temps. Avec la pandémie, l'autocontrainte de maintenir une distance corporelle envers autrui bouleverse cet édifice culturel. La Covid-19 impose de maîtriser nos mouvements physiques, de contenir ce qui semble souvent un élan spontané d'accueil d'autrui. Ces usages populaires de la poignée de mains ou du baiser sont proscrits. Les scientifiques se tournent alors vers les salutations traditionnelles asiatiques dans lesquelles les corps ne se touchent pas et restent à bonne distanciation sociale. La mise en œuvre de ces gestes et de ces pratiques de mise à distance dans l'espace public et privé devient une injonction, tout comme le port du masque. Accolade, *hug*, poignée de

main, main sur l'épaule, proximité physique dans les situations du quotidien, tout cela est susceptible de se transformer. La perte du contact tactile et le masque vont troubler les codes sociaux les plus élémentaires tels que nous les connaissons dans nos sociétés.

D'où notre désarroi lorsque ce progrès dans le bien-être et le vivre ensemble est très largement réduit par de nouvelles contraintes hygiéniques pour lutter contre la propagation d'un virus. Cette culture de la socialité sans corps et à distance trouble et gêne considérablement. Cette épidémie et toutes les règles d'hygiène collective qui en découlent suspendent provisoirement cette expérience quotidienne de la proximité des corps. La Covid-19 a remis sur le devant de la scène l'hygiénisation de la société sur fond de séparation et de distanciation des corps. La pandémie signe peut-être la disparition de la bise, voire de la poignée de mains ou à tout le moins un recul sensible de ces pratiques dans le champ des relations sociales.

La peur du virus qui maintient corporellement à distance et la loi qui justifie ce comportement vont-elles bouleverser l'ensemble des règles de conduite dans toutes les situations sociales et en particulier professionnelles? Cela va-t-il faire disparaître les cultures où le contact physique, la proximité corporelle sont des signes d'accueil spontané et de respect de l'autre? Allons-nous mondialement basculer dans une société de haute technologie sans contact physique dont le berceau et l'exemple le plus abouti est l'Asie? La question est bien de savoir si ces nouvelles pratiques dureront seulement le temps de la pandémie ou bien si elles s'installeront durablement dans le champ des relations sociales. Seul l'avenir nous le dira.

## **Conclusion:**

Depuis bientôt deux ans, nous sommes face à une situation extraordinaire qui bouleverse nos sociétés. Elle montre que dans nos sociétés avancées et technologiques une crise d'une telle ampleur met en lumière des failles et des faiblesses. Alors que nous pensions maîtriser notre environnement, pouvoir réagir vite et fort face à un virus et le contrôler grâce à la puissance de l'État, des systèmes médicaux performants, une coopération internationale et des outils technologiques toujours plus pointus, c'est au contraire à un ébranlement que nous avons assisté. Ébranlement social, ébranlement économique, ébranlement médical et du lien social, perte de confiance dans nos institutions et plus globalement dans notre capacité à affronter un événement extrême. Et même si les États semblent – en apparence - sortir renforcés de cette crise par leur interventionnisme constant et effréné dans les sphères tant publiques que privées, c'est bien à une remise en cause d'un modèle de société que nous sommes confrontés alors que se profile une surveillance accrue des citoyens dans un environnement et une nature de plus en plus dégradés, sources de futures épidémies incontrôlables et probablement très meurtrières.

### **Bibliographie indicative:**

Debré, Patrice et Gonzalez, Jean-Paul, *Vie et mort des épidémies*, Paris, O. Jacob, 2013.

Harper, Kyle, *Comment l'Empire romain s'est effondré. Le climat, les maladies et la chute de Rome*, Paris, La Découverte, 2021.

Morand, Serge, *La prochaine peste. Une histoire globale des maladies infectieuses*, Paris, Fayard, 2016.

Saluzzo, Jean-François, *A la conquête des virus*, Paris, Belin, 2009.

Spinney, Laura, *La grande tueuse. Comme la grippe espagnole a changé le monde*, Paris, A. Michel, 2018.

Testot, Laurent, *Cataclysmes. Une histoire environnementale de l'humanité*, Paris Payot, 2018.

**Sitographie :**

<https://www.letemps.ch/grand-format/12-pires-fleaux-sante-publique>

[https://www.news.uliege.be/cms/c\\_11819087/fr/epidemies-et-remedes-dans-l-histoire](https://www.news.uliege.be/cms/c_11819087/fr/epidemies-et-remedes-dans-l-histoire)

# **LA MEDECINE, UNE PROFESSION DE GENRE. PAROLE ET GESTE**

**Gabriela-Mariana LUCA**

La femme joue un rôle déterminant dans la société occidentale contemporaine. Une étude sociologique récente [1], menée en France, montre qu'actuellement 42 % de l'ensemble du personnel médical hautement qualifié en activité est représenté par des femmes. Du fait de cette forte féminisation de la profession, compte tenu des étudiantes qui sont désormais dans les amphithéâtres de la faculté de médecine, dans moins de 7 ans, les femmes médecins deviendront majoritaires.

De plus, la fréquence du recours aux services médicaux, les problèmes liés à la contraception ou à l'évolution de différents types de cancers (notamment des ovaires, du sein ou du col de l'utérus), les problèmes liés à la fertilité, au contrôle du poids ou encore l'intérêt pour les secteurs dédiés à l'hygiène et aux soins personnels amènent en permanence au garde-à-vous la femme [2]; la femme comme genre (même l'OMS note que la plupart des programmes de santé s'adressent en particulier aux femmes), le professionnel de la santé [3], l'acteur social (avec une attention accrue à sa condition sociale et culturelle).

C'est peut-être justement pour cela qu'une réponse très précoce de type «médecin» à la question «qu'est-ce que tu veux devenir quand tu seras grande?», adressée aux petites filles de tout temps et qui est à la base de la plupart des histoires des médecins et de leurs évolutions professionnelles, mérite une analyse particulière dans notre approche anthropologique concernant l'initiation professionnelle selon le genre, recherche liée au

courant ouvert, dans la littérature roumaine de spécialité, par Mihaela Miroiu [4] et Laura Grunberg [5] vers la série de nombreuses études des sociologues et des anthropologues américains, britanniques, français [6].

Par ailleurs, dans la contemporanéité immédiate, plus précisément dans les 10 dernières années, un nouveau courant pédagogique, considéré comme révolutionnaire dans les facultés de médecine américaines semble convenir particulièrement à la femme médecin : la médecine basée sur des preuves narratives [7], la médecine narrative. En bref, il s'agit de redéfinir l'espace thérapeutique et de réinvestir le médecin de pouvoirs co-créateurs, par la parole. Le succès de ce courant l'a également fait adopter à la faculté de médecine Paris Descartes, à seulement 7 ans après sa mise en place, en 2014, à Columbia University à New York.

*« L'histoire apporte sens et contexte (à travers la même recette par laquelle les structures mythologiques sont recomposées). Le médecin lui-même apprendra de l'expérience de ses patients, il saura ce qui a conduit à la maladie de celui qu'il soigne, et il saura non seulement comment le soigner, mais aussi comment le soutenir dans son combat, d'abord le tout pour la vie et, bien sûr, pour une vie meilleure » [8].*

Tout processus de guérison réussi ne prend-il pas des valences de renaissance? Le bilan final, conclu par le constat: «le patient est complètement rétabli» ajoute une bonne partie du crédit au médecin traitant.

Savoir écouter s'apprend [9] et c'est ici, précisément, le grand défi de notre époque pour chacun de nous.

Le plus souvent on se précipite dans l'histoire, mimant des dialogues muets et sourds, dans une sorte de conviction omnisciente induite par la frénésie d'accès facile à la grande bibliothèque virtuelle. Cette sorte

d'ignorance intérieure est-elle l'un des prix de la révolution cognitive de notre espèce?

Nous nous sommes habitués à l'image du médecin qui prescrit, et il semble incroyable que nous puissions être guidés vers la guérison par un médecin qui dit le mot juste ou qui sait écouter ce que dit le patient, recyclant les situations de la vie en étapes de guérison. Nous revenons ici, mais à l'aide de nouveaux codes linguistiques et de nouvelles technologies, à un attribut *sine qua non* du guérisseur, du chaman, du thérapeute des temps anciens, destiné à rétablir le dialogue de l'être humain avec lui-même et avec les mondes d'en haut et d'en bas.

Ainsi, si l'histoire est, comme le disait Edward Gibbon, la somme des actes héroïques des hommes, alors on peut préciser d'emblée que notre démarche part du désir d'illustrer le rôle des femmes dans l'histoire (avec une référence particulière aux domaines de l'histoire de l'art médicale) et, dans les conditions d'une approche transdisciplinaire de la recherche, d'illustrer la réconciliation des deux genres.

On dit que le modèle médical, mais aussi celui social et paternaliste touche à sa fin. Nous ne savons pas à quel point cela est proche, mais le basculement de l'influence du genre dans les hiérarchies professionnelles est de plus en plus évident.

*« Dès mon enfance, je voulais devenir médecin. »*

Cela semble si familier. La plupart des étudiantes interrogées ont répondu presque à l'identique. L'âge du choix dans la profession médicale semble être le même depuis des décennies. Cependant, le rythme de développement est spectaculaire. Si à la fin du XIXe siècle la présence d'une

femme dans une salle de dissection était impensable, gardant seulement le souvenir d'une ancienne et légendaire Agnodice qui enflammait l'enthousiasme et le courage des rares femmes qui osaient croire en un rêve de carrière, le XXI<sup>e</sup> siècle s'ouvre largement à ce désidérat.

En quoi consiste aujourd'hui l'implantation et l'édification professionnelle et sociale d'une jeune femme, future médecin? Jusqu'où peut-on s'appuyer sur ce regard par-dessus l'épaule, toujours plus loin dans le temps, pour identifier des structures de référence?

Malheureusement, il n'y a presque pas de figure féminine au premier plan, de manière générale, vraiment remémorée par les grands historiens, en confrontation directe avec l'homme qui puisse être identifiée à la gloire d'une époque ou d'une autre.

*« Parmi les différents cortèges historiques des guerres, des papes et des rois, les femmes n'apparaissent qu'en l'absence des hommes. Jeanne d'Arc n'a dirigé les troupes françaises que parce qu'à cette époque il n'y avait aucun homme doué pour cette mission. Elizabeth I a gouverné l'Angleterre, uniquement parce qu'il n'y avait plus d'homme dans la ligne de succession au trône. Plus tard, des héroïnes comme Florence Nightingale [10] ou Susan B. Anthony [11] ont été en quelque sorte séparées du monde des hommes... ». [12]*

Et pourtant, dans le défi de réorganiser les hiérarchies au sein des établissements de santé, on retrouve dans l'histoire de la médecine de nombreux noms de femmes célèbres: Dorothea Erxleben [13], Dr Cecile Vogt [14], Dr Mary Walker [15], Dr Rita Lobato [16], Dr Dorothea Hodkin [17] ou le Dr Marie Curie [18].

La profession médicale en Roumanie a gagné en noblesse grâce à la présence de véritables héroïnes, qu'il s'agisse de Maria Cuțarida Crățunescu

[19], Marta Trancu-Rainer [20], Dr Sofia Ionescu [21], Dr Florica Bagdasar [22], Dr Ana Aslan [23] ou Dr Mioara Cocora [24].

Suite à l'évolution de plusieurs diplômés en médecine, même au sein de l'Université de médecine et de pharmacie « Victor Babeș » de Timișoara, il a été constaté que sur le chemin de la formation professionnelle dans le domaine des sciences médicales, la personnalité modale [25] s'est formée et développée sur des concepts similaires à ceux décrits par Margaret Mead dans ses travaux. Toute cette évolution peut être considérée comme l'expression d'un rite d'agrégation de l'étranger, magistralement motivé par le désormais classique Van Gennep :

*« tout individu ou groupe qui, ni de naissance ni de qualités particulières acquises, n'a pas le droit immédiat d'entrer une maison déterminée par un tel arrêté et à s'établir dans l'un de ces lotissements, est dans un état d'isolement qui prend deux formes que l'on peut rencontrer soit isolément, soit en combinaison. Ils sont sans défense, puisqu'ils ne font pas partie de cette société particulière ou générale; ils sont puissants parce qu'ils appartiennent au monde sacré, la société constituant pour ses membres le monde des profanes. » [26]*

Le découpage séquentiel permet ainsi une exégèse synthétique pour chaque épisode homogène (séparation, initiation, reconnaissance) dans le cas de « notre formation de médecins », précise l'auteur cité. A notre tour, on peut ajouter, comme structures rituelles liées à l'étape de la séparation : le concours d'entrée à la faculté, les procédures d'inscription des étudiants, l'installation dans les dortoirs étudiants, respectivement d'accueil pour ceux venant d'autres localités, l'ouverture festive de l'année universitaire, les premières heures de cours, les séminaires des os, les premiers laboratoires de dissection, la préparation des premiers examens partiels, le bal de la

première année, l'intégration dans un groupe, le renforcement de la personnalité modale du groupe, la prise de nouvelles responsabilités. Une fois toutes ces étapes franchies, il est accepté de franchir aussi le premier véritable pas de l'initiation.

Analysant la séquence des transitions, le même Van Gennep attire notre attention sur certains aspects fondamentaux, répétitifs, applicables, quels que soient le groupe et l'époque :

*« ... par définition, l'appartenance à la caste est héréditaire ; de plus, la caste est professionnellement spécialisée et chacun a sa place déterminée dans une hiérarchie précise. Alors que l'agrégation des castes n'a lieu que dans des conditions bien définies : 1. **agrégation des enfants** ; ces cérémonies relèvent de la catégorie des cérémonies de l'enfance (...). Il va de soi que l'usage rituel d'outils propres à la profession joue ici un rôle important ; il ne s'agit plus d'un rite sympathique, comme dans le cas des populations sans caste, mais d'un véritable rite d'agrégation de l'individu à une collectivité délimitée ; 2. **on ne peut pas passer d'une caste inférieure à une caste supérieure, mais seulement de haut en bas.** Il s'ensuit que les rites d'agrégation simplifient ou inversent leur sens : car la caste inférieure est honorée, et non les nouveaux venus.(...) 3. Enfin, **les rites de séparation** jouent ici un rôle important, bien que l'élément conscient et volontaire puisse être absent d'eux (...). » [27]*

Il est vrai qu'aujourd'hui ces normes de caste sont moins rigoureuses, mais ce serait une grave erreur de penser qu'elles ont complètement disparu.

L'hérédité de la profession médicale est discutable en Roumanie au troisième millénaire (le questionnaire utilisé nous l'a une fois de plus prouvé). Comme toute profession, la médecine connaît également différents degrés d'évolution qui confèrent une plus grande autorité professionnelle à ceux de très haut niveau. Une consultation médicale (au niveau de l'introspection en imagerie ou de la chirurgie hautement sophistiquée)

donnée par un professeur, docteur en médecine, aura toujours beaucoup de poids par rapport à ce qu'un médecin de famille ou même un spécialiste dans une clinique médicale pourrait proposer d'habitude. La qualité d'un bon spécialiste est doublée de celle d'un mentor, conférant une double reconnaissance professionnelle. De plus en plus souvent, dans les couloirs de nos cliniques, on entend le nom « *doctora* » (**la** docteur), prononcé par les patients et tourné vers le féminin, avec une autorité accrue par rapport au nom fondé en diminutif « *-ița* » (*doctorița*, n. f. – le nom roumain de la profession venant du diminutif féminin du nom masculin *docteur* / signifiant *la petite docteur*). Le médecin sort de la sphère d'influence psychologique de l'association avec la fille et, en même temps, conserve sa marque d'identité féminine, sans dépendre d'aucun régionalisme ou norme grammaticale prônant la masculinisation des professions.

Le XXI<sup>e</sup> siècle réduit, du grand public aux milieux professionnels, les résistances à la féminisation, preuve supplémentaire que l'idée de masse (juxtaposition oxymore) crée et définit la forme.

Nous avons utilisé ces résultats pour formuler certaines questions clés du questionnaire appliqué aux professionnelles interrogées (54 répondantes). L'intention était de tracer le profil actuel de la femme médecin, de vérifier ses options futures et, surtout, la manière dont elle peut évoluer personnellement et professionnellement dans un présent extrêmement exigeant, dans une adaptation permanente et sur un terrain où, non rarement, de véritables séquences discriminatoires peuvent avoir lieu, qu'il s'agisse ou non de discrimination positive.

« *Consommation, contraception, cancer, fécondité, poids, accès aux soins, tels sont les indicateurs qui semblent évoquer les différences entre hommes et femmes du point*

*de vue de l'étude du corps et du concept de santé. Il serait donc risqué d'affirmer que les femmes vivent plus longtemps ou que les hommes présentent moins de cas de maladie, ou des risques cardiovasculaires ou diabétiques, ou de toute autre nature, plus faibles. La littérature cite plusieurs cas de morbidité spécifique à la grossesse ou qu'il existe un risque accru de mortalité pour les femmes du tiers monde. Il est moins connu du grand public que les hommes sont plus touchés par le VIH-SIDA au Nord et que 60% des malades séropositifs en Afrique sont des femmes. Une chose semble claire, les hommes et les femmes contractent la maladie différemment. » [28]*

Cette querelle de genre qui semble permanente tout au long de l'histoire culturelle n'épargne pas non plus cette lutte pour la suprématie professionnelle.

L'anthologie qui réunit les huit études d'anthropologie et de philosophie coordonnées par Vidal a été l'une des références qui a ouvert le flot des interrogations et, du même coup, potentialise d'abord le désir de comprendre, puis d'expliquer. Comment se fait-il que ces catégories apparemment banales, respectivement la ménopause et l'andropause, construisent un véritable fantasme sur les interprétations de genre, dans lequel les sexes, qu'ils soient masculins ou féminins, se succèdent maladroitement dans les devenirs professionnels depuis le début du XIXe siècle et ne peuvent pas parvenir à un consensus, même à ce jour?

Adoptant une approche plutôt déconstructiviste de la pensée médicale, l'ouvrage qui nous a inspirés révèle les idées sous-jacentes aux concepts de féminin et de masculin au niveau social. Des enquêtes de terrain en France et au Mexique montrent également comment le genre doit être appréhendé sous l'angle des pratiques de santé. Un exemple simple: l'incontinence urinaire en France est associée au genre féminin, opprimant fortement tous les acteurs sociaux concernés.

Ainsi, la littérature anthropologique traite en détail des notions telles que: la maternité, le cancer, les maladies vénériennes, la dépression, le SIDA, toutes étudiées et diffusées sous forme d'informations et de statistiques « féminines ». Des découvertes de ce type ont ensuite généré des recherches dans tous les contextes culturels, sociaux et politiques, et les exemples en sont plus que nombreux [29].

Les études féministes ne peuvent jamais négliger les transformations qui s'opèrent dans le corps de la femme qui va devenir mère, ni les implications sociales de la maternité elle-même. S'occuper des enfants est un fait culturel, politique, social et médical. Comment peuvent-ils être alignés sur le développement professionnel? La femme de carrière, celle qui s'occupe du ménage, la femme artiste ou celle qui se donne du plaisir à survivre, la femme spécialiste ou, malheureusement, tout simplement la femme malade sont autant de raisons d'aborder une recherche de genre en anthropologie médicale roumaine.

Les informations ainsi structurées nous ont aidés à réfléchir à notre questionnaire de la création, à l'application et à l'interprétation. Nos questions ont porté sur tous les niveaux d'évolution et de maturation de la femme médecin, nous apportant de nombreux éléments d'analyse subtils et utiles à notre étude.

D'un point de vue axiologique, il a été possible de constater que l'évolution professionnelle suit un cheminement clair, réfléchi, construit dans la durée, depuis les années du lycée et de la faculté. Il est très clair que toutes les étapes doivent être respectées, rien ne peut être remplacé, rien ne peut être triché, rien ne peut être abandonné. Une fois le choix fait, il se construit avec dévouement, quels que soient les obstacles.

Au niveau praxiologique, notre questionnaire a mis en évidence plusieurs aspects à souligner. Leur analyse minutieuse est en mesure non seulement de nous expliquer comment se présente le profil de la femme médecin en Roumanie au début du XXI<sup>e</sup> siècle, mais plutôt une véritable stratégie pour l'avenir, couvrant tous les domaines importants et vue comme suit :

- relation *femme médecin - femme médecin* ; souvent tendu;
- la relation *femme médecin – homme médecin* ; beaucoup plus agréable que la précédente et souvent plus motivante ;
- gérer *les situations de crise* avec beaucoup de courage, souvent doublée d'intuition ;
- assumer sans problème *des responsabilités dans des postes de direction*;
- la *formation professionnelle approfondie et continue*, définie comme la partie la plus importante et la plus enrichissante ;
- la *relation médecin-malade* démontre que les femmes ont de meilleures capacités de communication que leurs collègues, ce qui contribue significativement à réduire la confusion des patients intimidés lors de l'examen médical par un langage professionnel aussi hermétique.

Tout cela conduit, d'un point de vue psychologique, à une surcharge et une répartition émotionnelles complexes (temps pour soi, pour la profession, pour la famille, réadaptation à son propre corps, en fonction des événements vécus et de l'âge impliquant des dépenses énergétiques importantes).

Concernant le choix du métier, on a pu constater qu'il y a principalement trois lignes d'initiation caractéristiques aux femmes: la passion, le désir d'aider et le désir de faire quelque chose ;'utile.

L'observation est importante car elle met fortement l'accent sur la différence entre les sexes. Les hommes entrent dans la profession médicale principalement pour être reconnus et pour configurer une certaine forme de pouvoir dès leurs premières années d'études. La seule personne (sur les 54 interrogées) qui a déclaré que le choix professionnel était une inspiration passagère, estime que ce n'était pas le bon choix et que, s'il devait tout recommencer, elle ne repartirait certainement pas dans le même sens. Nous croyons que, rappelant certaines époques révolues de l'histoire de la médecine [30], la conciliation du talent oratoire avec la capacité pratique d'un bon médecin ne fait que confirmer la règle. La plupart des femmes médecins ne regrettent pas leur choix professionnel. Quatre des répondantes, si elles ne sont pas déçues d'avoir étudié la médecine, s'intéressent désormais également à des domaines comme l'informatique, la philosophie ou le droit.

La technologie est devenue incontournable dans le travail hospitalier et 40% des personnes interrogées sont convaincues qu'il n'y a plus aujourd'hui de différence entre les hommes et les femmes dans la formation à la manipulation d'équipements de haute technologie (considérée jusqu'à présent comme un domaine d'excellence masculin). Seulement 20 % des femmes médecins participant à l'étude estiment qu'il existe des différences entre les deux sexes concernant l'acquisition et l'utilisation des technologies médicales, les hommes ayant l'avantage de pouvoir investir plus de temps dans la formation continue que les femmes.

Concernant le concours professionnel, 40% considère que le candidat compte moins que la formation professionnelle personnelle. Cependant, il convient de noter que les moins de 30 ans aimeraient concourir avec des hommes (certainement donné par le charme de l'âge), et

les plus de 45 ans prétendent que ce n'est qu'une compétition et peu importe que celui-ci soit en compétition avec une femme ou un homme (expérience jouant un rôle déterminant).

La question finale du questionnaire découlait d'une situation en débat constant ces jours-ci: la rivalité féminine au travail comme une réalité ou un stéréotype. Le psychiatre français Serge Hefez nous montre que les femmes ne sont pas toujours gentilles entre elles. L'étude réalisée en 2003 par le site Monster montrait que 88% des femmes préfèrent travailler pour un homme, les femmes patronnes étant considérées comme "impossibles de communiquer efficacement". Brigitte Livet, spécialiste des ressources humaines, raconte que lorsque deux hommes sont en rivalité professionnelle, la compétition se transforme en défi, et lorsqu'il s'agit d'une compétition entre femmes, cela vire à l'hystérie, et ses revendications s'appuient sur des études complexes et la longue expérience de Cécile Guillaume [31].

*« Dans l'imaginaire collectif, mais aussi très souvent dans la réalité, c'est aux femmes qu'il revient d'être auprès des enfants. On comprend alors comment une concurrence sournoise peut se mettre en place entre femmes : c'est sur le front des enfants (en avoir ou pas ? être à leurs côtés ou pas ?...) que le débat se déplace. Les femmes avec enfants et ayant décidé de ne pas tout sacrifier à leur vie professionnelle se trouvent souvent en moins bonne position que celles qui se donnent corps et âme à leur entreprise (enfin en moins bonne position à court terme car l'avenir nul ne peut plus en préjuger...). Alors bien sûr il arrive à des femmes de s'épauler, se donner des tuyaux mais il serait illusoire de croire qu'une solidarité féminine se développe entre femmes en entreprises. Faut-il pour autant le regretter ? Ici ou là, des femmes, des hommes, des hommes et des femmes vont tisser de bonnes relations. Ailleurs elles seront mauvaises. » [32]*

Selon les réponses que nous avons obtenues, la femme médecin doit avoir le profil suivant : patiente, courageuse, attentive aux détails, calme, perfectionniste.

L'étude publiée par *Le Figaro* [33], par l'intermédiaire de son auteure principale, Valérie Martel, fait les révélations suivantes: il y a bien sûr plus de femmes médecins que d'hommes qui prescrivent des médicaments et recommandent les examens nécessaires. Ainsi, trois femmes sur quatre demandent au patient une analyse spécifique (seuls 70 % des collègues masculins le font), 71 % des femmes médecins prescrivent le médicament recommandé contre 67 % des hommes médecins.

En rassemblant toutes les différences, l'étude a pu affirmer que, du moins dans la société canadienne contemporaine, les femmes font de meilleurs médecins que les hommes. La satisfaction des patients passe aussi par la qualité des soins, bien sûr. Notre « médecin » le confirme dans un pourcentage important de cas.

Nous ne recherchons ni n'encourageons une politique féministe, mais simplement argumentons nos revendications à travers des études reconnues et appréciées dans le monde scientifique, mais aussi à travers les résultats issus de nos recherches de terrain.

En conclusion, l'activité d'un médecin a principalement trois directions : curative, prophylactique et protection sociale. La société intervient avec ses institutions dans chacun de ces aspects. Les résultats que nous avons obtenus permettent de décrire la profession médicale féminine, à travers des indicateurs transdisciplinaires. Peut-être une situation similaire a-t-elle été mieux argumentée par le Dr Gr. Buşoi, déclarant que :

*«... la transdisciplinarité signifie, à notre avis, une approche triadique : la transparence par la perméabilisation, la condensation par l'agglutination et l'explosion de l'ordre formatif. Le genmed, (médiateur généraliste) dépassant sa condition initiale d'archer frontalier a la capacité de devenir un archer transdisciplinaire. (...) Dans notre perception, l'homme est un segment du Grand Tube de Vie, avec une activité continue aux deux extrémités. Il désigne son existence commune - horizontale par la consommation et les feuilles, et spécifique, verticale par l'horizon large (la culture) et par la création. »*

Or la conclusion la plus importante du présent travail repose précisément sur cette approche transdisciplinaire. L'élément de nouveauté, qui introduit l'approche actuelle dans un domaine pionnier, nous apporte une nouvelle ouverture et une nouvelle acceptation. La femme médecin est citée au passé dans toute la littérature consultée. Bien que présente dans tout type d'événement social, scientifique et culturel, elle est citée comme appartenant à l'histoire et avec un décalage temporel important.

Nous la ramenons donc au présent et nous lui dédions cette étude introductive à l'initiation professionnelle, conscients du fait que nous assistons à un changement radical de cadre dans le système de santé (et le nôtre), d'acteurs, de priorités et, surtout de rythme dans la formation professionnelle.

### **Bibliographie :**

[1] « Les dossiers de « H »: la féminisation de la médecine », ISNI, Inter Syndicat des Interns, en ligne, cité le 10 décembre, lecture mise à jour le 4 avril 2016, <http://isni.fr/les-dossiers-de-h-la-feminisation-de-la-medecine/>: » la DREES estime que plus de 50% des médecins exerçant en 2022 seront des femmes, contre 42% en 2013 »

[2] "Féminin, masculin. Anthropologie des catégories et des pratiques médicales", sous la direction de Virginie Vinel dans *Les Cahiers du Portique*

[3] Kergoat, D. 1992, apud Vinel : son étude du grand mouvement des infirmières de 1989-1990 aux USA a montré que leur insatisfaction n'était pas seulement due aux conditions de travail et au traitement de cette catégorie professionnelle dans le système de santé, mais aussi du fait que les femmes étaient davantage considérées comme des soignantes aux qualités natives, et non comme de véritables professionnelles, dotées de compétences et d'aptitudes professionnelles solides, acquises et développées par l'étude et l'expérience.

- [4] Mihaela Miroiu, *Drumul către autonomie. Teorii politice feministe*, Ed. Polirom, 2004
- [5] *(R)evoluții in sociologia feminista. Repere teoretice*, contexte românești Editura Polirom, 2003.
- [6] David Field, Jenny Hockey, Neil Small (f.a.), Lara Hazelton (2010), Laurence Vidal (2000) etc.
- [7] „Aujourd'hui, la médecine moderne, super-technologique, revient à la parole, dans le respect dû aux maîtres dans les secrets de l'initiation. Tout discours sur la médecine narrative rappelle l'apport bouleversant de Rita Charon, auteure du concept de NEBM, "narrative evidence based medicine", comme réponse à la tendance contemporaine qui prône la médecine factuelle et qui semble ignorer le drame que vécue par le patient, l'expérience de sa maladie, hiérarchisant les données uniquement en fonction de ce qui peut être mesuré et quantifié, la conduite thérapeutique respectant pleinement les théories des traités médicaux. La maladie est toujours liée au mystère de la vie et souvent à l'inconnu (Charon, 2007). La relation avec le patient doit dépendre de la capacité d'écoute et d'empathie du médecin (Luca, 2016).
- [8] Luca. G. 2004, *Vracii, preotul și medicul. Tipuri de inițiere*, Editura Orizonturi universitare.
- [9] Le témoignage d'une des écrivaines les plus fascinantes du XXe siècle, Simone de Beauvoir, vient étayer notre effort initial : « Quand les infirmières m'ont allongé sur un brancard et m'ont fait descendre l'escalier, la tête baissée, tout ce qui restait de moi était un énorme étonnement. Devant la grille, des curieux restèrent bouche bée ; pendant que je sautais à l'intérieur de l'ambulance, je me disais, abasourdi : Tiens, ça m'arrive, même à moi !" Beauvoir, *Journal*, 1998, p. 302
- [10] Florence Nightingale (1820 -1910), l'ancêtre du service de santé en Angleterre
- [11] Susan Browell Anthony (1820 -1906), éminente dirigeante du mouvement des droits des femmes aux États-Unis d'Amérique
- [12] Rosalind Miles, 2001, *Cine a pregătit cina cea de taină? Istoria universală a femeilor*, Meteor Press, p. 7
- [13] (1715-1762), la première femme au monde qui a étudié la médecine était originaire d'Allemagne. Elle a fréquenté l'Université de Halle-Wittenberg, avec le

consentement du roi Frédéric le Grand. Elle est l'auteur d'un article demandant de permettre aux femmes d'étudier la médecine.

[14] Neuroanatomiste franco-allemand, pionnière de la neuroanatomie du thalamus. En 1898, elle est allée comme infirmière à Cuba. Lors de sa deuxième mission à Cuba, elle s'est portée volontaire pour une expérience médicale contre la fièvre jaune. L'expérience s'avère fatale pour lui, mais son sacrifice entre dans l'histoire des sciences médicales,

[15] (1832-1919), personnalité complexe du féminisme américain, seule femme à recevoir la *Medal of Honor*, la plus haute distinction militaire des États-Unis,

[16] (1866-1954), première femme médecin à Brasilia-Bahia,

[17] (1910-1994), découvre la structure de nombreuses molécules complexes, B12, pénicilline et insuline ; elle est la troisième femme à recevoir le prix Nobel de chimie. En 1956, elle est décorée par la reine Elizabeth II de l'Ordre du mérite, l'ordre royal le plus élevé,

[18] double lauréat du prix Nobel de chimie et physique, le scientifique polonais qui a introduit le terme de radioactivité en physique,

[19] (1857-1919) la première femme docteur en médecine de renommée mondiale en Roumanie, avec un doctorat à Paris, spécialisée dans les maladies de la femme et de l'enfant,

[20] la première femme chirurgienne de Roumanie,

[21] (1920-2008), première femme neurochirurgienne du sud-est de l'Europe,

[22] la première femme ministre de la santé en Roumanie, en 1946.

[23] (1897-1988), devenue célèbre en découvrant le rôle de la procaine dans l'amélioration des troubles dystrophiques liés à l'âge, la création en 1952 du produit Gerovital – vitamine H3, un produit gériatrique, breveté dans plus de 30 pays,

[24] l'un des rares chirurgiens cardiovasculaires au monde.

[25] Le concept introduit en anthropologie par la chercheuse américaine Margaret Mead renvoie directement à l'unicité culturelle du groupe et, en tant que notion statistique, sera toujours apte à renseigner sur les échanges au sein du groupe et ceux du groupe avec les autres, *Sexe et tempérament dans trois sociétés primitives*, 1935

[26] Van Gennep, A., *Rites de passage*, Polirom, Iasi, 1996, p.34

[27] Van Gennep, A., *op.cit.*

[28] Apud Vidal, *op.cit.*

[29] N. Charles (1998) note des différences dans le discours et la perception des concepts de maladie et de santé selon l'âge, son étude suivant plusieurs générations de femmes dans le sud du Pays de Galles. Muriel Darmon (2003) livre une analyse inédite, expliquant comment une carrière se construit sur le développement parallèle de l'anorexie, montrant comment les filles ambitieuses développent des techniques de contrôle du corps et comment elles réagissent lorsqu'elles sont hospitalisées.

[30] le fameux IV<sup>e</sup> siècle, où le bon docteur devait être un excellent orateur ;

[31] Cécile Guillaume, sociologue au CNRS, *Entreprise&Carrière*, 2008 disait que « les femmes patronnes ne favorisent pas forcément leurs collègues féminines.

Souvent, ils ont intégré des représentations masculines du pouvoir et se plient à cette forme.»

<http://www.en-aparte.com/2009/01/23/larivalitefeminineautravailrealiteoustereotype>, consulté en 2019.

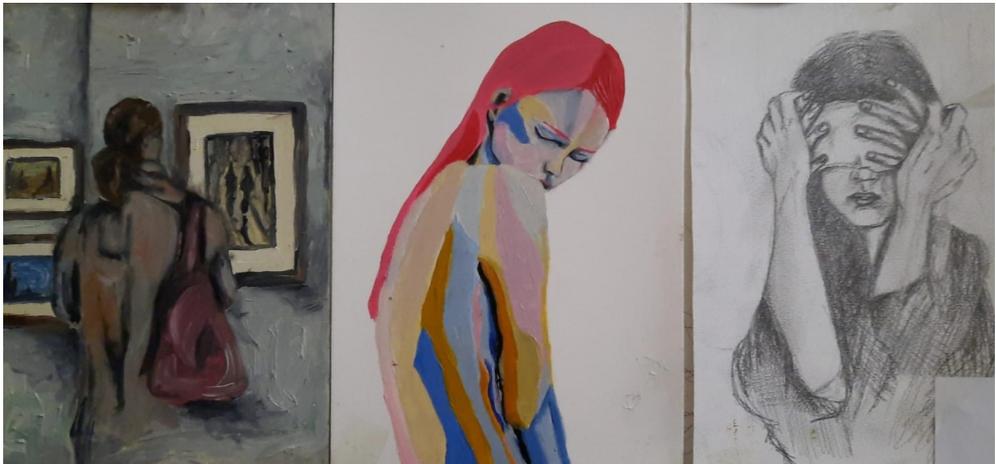
[32] *op.cit.*

[33]<http://sante.lefigaro.fr/actualite/2013/10/30/21458-femmes-meilleures-medecins-que-hommes>, consulté mai 2016, révisé août 2020.

## SE FAIRE BELLE – SOUFRIR BEAU

«Beauté des femmes, leur faiblesse, et ces mains pâles  
Qui font souvent le bien et peuvent tout le mal ...»

**Paul Verlaine**



Manuela Narcisa **POPESCU** : *Războiul cu lumea*

# LE GENRE COMME RAPPORT SOCIAL

**Amina Alissia BOUKHELKHAL**

Pour parler des différences hommes femmes, il est nécessaire de parler de la sociologie du genre, du sexe et de la sexualité.

Le sexe est biologique, c'est le produit de la sexuation, celle-ci est fabriquée par les corps, du point de vue de l'espèce, c'est la nécessité reproductive, la reproduction sexuée qui explique l'existence de mâles et de femelles [1].

Le genre lui, n'est pas simplement une différence de sexe ou d'identité, mais aussi un rapport social. C'est un rapport entre le féminin et le masculin. Le féminin est toujours défini par rapport au masculin et réciproquement. Il n'existe pas d'attribut masculin ou féminin en soit.

On peut dire que le genre est une institution sociale et culturelle: de différences des sexes et des sexualités; d'une hiérarchie symbolique entre le masculin et le féminin, de ce qu'ils recouvrent et de la nature des rapports qu'ils doivent entretenir.

Il existe donc des formes d'interprétation diverses de la génération selon les cultures, les civilisations et les époques. Le genre est contingent, relatif et non nécessaire, il n'existe que dans le rapport avec les autres [2].

Le sexe n'est pas le genre, il n'existe pas de rapport nécessaire entre les deux: les corps mâles et femelles vont devenir féminin ou masculin. Certains genres ne sont pas déterminés par un type de sexe. La sexualité humaine n'est pas naturelle, c'est une pratique sociale et culturelle normée par des règles morales, religieuses et juridiques. C'est l'une des activités

humaines les plus socialement normées, ce qui rend acceptables certaines pratiques sexuelles, et les normes changent selon les époques et les cultures. Du point de vue hypothétique de l'espèce, où l'homme est défini biologiquement, la sexualité humaine est naturelle. Cette définition date du XVIII<sup>ème</sup> siècle, depuis l'invention de la biologie.

Il n'existe pas de lien nécessaire entre la sexualité et la reproduction depuis que l'humanité s'est dotée de lien de dissociation entre les deux, exemple: prévention, avortement, fécondation *in vitro* [3].

Dans notre société actuelle, la discrimination selon le sexe et les pratiques sexuelles est un délit. Mais l'héritage patriarcal est activé en permanence car il est d'une certaine manière « utile » au maintien des hiérarchies en régime égalitaire.

Analysons donc la place de l'homme et de la femme dans le monde actuel des études et du travail ainsi que dans l'environnement familial, et voyons donc l'influence du genre sur cela. Cela nous conduit à la problématique suivante: Entre carrière et mariage qui ou quoi choisir aujourd'hui?

Pour cela, on va d'abord résumer l'historicité de l'arrangement de genre; puis analyser le genre dans la période courante c'est-à-dire post-patriarcale pour mieux expliquer les responsabilités des hommes et des femmes dans la société actuelle afin de comprendre l'impact de cela sur les choix de carrière ou de mariage.

Le monde actuel est la conséquence de l'historicité des arrangements de genre: d'abord le patriarcat traditionnel / paradigme cosmologique jusqu'au XVIII<sup>ème</sup> siècle en Occident et au XIX<sup>ème</sup> siècle dans le reste du monde; puis le patriarcat moderne / paradigme naturaliste du XVIII<sup>ème</sup> siècle

aux années 1970, enfin la fin du XXe siècle en Europe met fin au patriarcat [4].

Le patriarcat traditionnel suppose une asymétrie légitime du masculin et du féminin, ou le genre est lié à la parenté pour des raisons cosmologiques, symboliques, religieuses. Le féminin est considéré comme une puissance porteuse de déséquilibre et de chaos qu'il faut subordonner et domestiquer pour préserver l'ordre du monde. Ce contrôle n'est possible qu'à travers des échanges de biens matériels et symboliques, de dons, des interdépendances. Les mariages, qui constituent des échanges de femmes, sans des relations d'échange de patrimoine. L'arrangement de genre traditionnel est remis en cause avec la modernité occidentale au XVIe siècle [4]. Le patriarcat moderne quant à lui marque le passage d'une mosaïque de communautés à un État-nation moderne centralisé engagé dans la révolution industrielle et dans les luttes impérialistes avec les autres États-nations modernes.

La modernité invente la nature, le monde moderne n'a plus besoin de Dieu pour décrire la réalité du monde; il existe un point de vue de l'espèce. La nature impose ses règles, elle n'est ni politique, ni relative, mais universelle.

Une légitimité scientifique et médicale s'installe: le monde est pris en charge par la science. La médecine est mobilisée pour dire la réalité sur l'homosexualité, les inter-sexes et les trans-genres.

On donne une définition naturaliste de genre: la vocation de reproduction de l'espèce suppose l'existence de corps sexués. Le genre est la projection sur le monde social de la différence des sexes. Donc, selon l'ordre naturel, le genre est causé par le sexe [5].

La hiérarchie entre le masculin et le féminin n'est pas remise en cause. Elle trouve désormais ses origines dans la différence de sexe.

Le partage sexué des rôles rend possible la civilisation, le type de sexe détermine les rôles et les statuts sociaux; la division du travail repose sur le genre. L'accès à la citoyenneté nécessite d'être éloigné de la nature et proche de la culture. Or, les femmes sont définies par la nature de leurs corps, par leur vocation maternelle et reproductive. Socialement dédiées aux affaires domestiques et parentales, elles n'ont pas les qualités requises pour être des individus modernes, des citoyens. Leurs corps n'appartenaient plus à leur famille mais à leur nation: l'avortement et la contraception étaient interdits jusqu'à 1970.

Au contraire, la responsabilité biologique des hommes dans la reproduction est furtive, ce qui les rend disponibles pour l'état moderne qui nécessite: des ouvriers pour faire tourner sa puissance économique, des militaires pour faire la guerre et d'agents du colonialisme pour conquérir le monde. Mais cette capacité du droit à définir la citoyenneté au travers de l'égalité en droits s'arrête à la différence de sexe. C'est alors qu'au XVIII<sup>e</sup> siècle, les premiers féministes égalitaristes ont pointé cette contradiction interne de la modernité, permettant ainsi le basculement vers nos types de sociétés.

Une définition constructiviste vient alors s'opposer à la définition naturaliste. Le genre est une construction sociale [6].

Depuis la fin du XX<sup>e</sup> siècle en Europe, on assiste à un arrangement de genre post-patriarcal. Il s'opère un basculement vers des formes d'économie, de travail et de production, de rapports à la sexualité, de définition de la famille, où la différence de sexe, du genre, de la sexualité n'a aucune importance.

Les compétences des hommes sont socialement construites, l'argument de la force physique n'a aucun fondement. On sait que les femmes sont capables de faire tous les métiers y compris ceux pensés comme étant réservés aux hommes. À chaque fois qu'un métier s'ouvre aux femmes, il se féminise.

La disparition de cette nécessité ne va pas de soi car le genre continue d'être un rapport social et un rapport de pouvoir. Le passage d'un système hiérarchique à un système égalitaire provoque d'énormes résistances. Malgré les changements, il existe toujours une tension entre les principes d'égalité et d'inégalité: exemple du codage informatique qui a été sur-investi par les hommes dès lors qu'il est devenu un domaine stratégique [7].

A la sortie du système scolaire, en dépit d'un meilleur niveau de diplôme, les femmes font de moindres carrières, ont des salaires moins élevés et connaissent une plus forte précarité sociale. Plus on monte dans la hiérarchie, plus les femmes s'évaporent, c'est ce que l'on appelle le «plafond de verre» ou «le plancher collant ».

Le plafond de verre correspond à une ségrégation verticale et représente la hiérarchie.

**Exemple:** féminisation très importante des études de médecine depuis les années 80 (mais la hiérarchie demeure). Le plancher collant correspond à une ségrégation verticale et montre que les femmes sont limitées aux niveaux inférieurs (emplois de service). De moins en moins de femmes en informatique (autant que d'hommes en psychologie). Les femmes sont plus diplômées (quelque soit le niveau de diplôme ) dans toutes les disciplines, y compris dans les mathématiques et le domaine scientifique. Elles réussissent mieux que les garçons au bac. Mais elles ont des choix

d'orientation différents: les filles sont moins candidates et donc moins représentées en classes préparatoires.

La moitié des femmes qui travaillent se concentrent dans 12 familles professionnelles, qui correspondent à la projection dans le monde salarié des activités domestiques. Comme si l'accès des femmes au salariat n'avait pas été dissocié de la construction patriarcale de ce que serait la vocation sociale des femmes. Elles ont déployé majoritairement des types de compétences dont on fait l'hypothèse qu'elles sont typiquement féminines: soin, social, enseignement.

Les secteurs professionnels sur-féminisés sont moins productifs, moins rémunérateurs, moins intéressants [8].

En contre partie, ils ont un répertoire de choix de profession beaucoup plus ouvert. La moitié des hommes qui travaillent se répartissent sur 20 familles professionnelles, dans des secteurs productifs avec les salaires les plus élevés et les carrières les plus intéressantes.

Les murs/cages de verre montrent l'orientation genrée des études → ségrégation horizontale. Cela entraîne des effets inégalitaires avec des différences de salaire et des carrières moindres [9].

Comment expliquer qu'avec de meilleurs diplômes, les femmes sont sous-représentées dans les professions les mieux payées qui suppose d'avoir les meilleurs diplômes?

Tout d'abord on va parler des écarts de salaire. Les écarts de salaires moyens sont importants (24 %) :

- dans le secteur privé et public: 19,2 %.
- dans les activités financières et d'assurance: 39,5 %.
- dans l'activité de conseil: 31,1 %

Parmi les cadres les mieux payés, 39 % seulement sont des femmes et dans la construction 1,5 % (parce qu'il y a peu de femmes). Toute différence éliminée, les femmes sont payées 9 % de moins.

De façon cumulative, des facteurs creusent les écarts de salaires. Un tiers (31%) des femmes travaillent à temps partiel (pour seulement 7 % des hommes), car elles travaillent dans des secteurs non productifs (secteur de service) où on peut multiplier les horaires fractionnels; ou encore elles s'occupent des tâches parentales.

Les femmes interrompent plus souvent leurs carrières et sont moins mobiles que les hommes en raison des enfants. Ce qui fait que les postes accordés sont différents par exemple: la fonction publique et hospitalière bien que sur-féminisée, et que les filles aient les meilleures places au concours de médecine pendant toute leurs carrières, elles n'accèdent pas aux postes les plus élevés [9].

La division du travail au sein des couples continue d'être patriarcale. Les femmes prennent davantage en charge les tâches domestiques et parentales, ce qui les rend moins disponibles pour leur carrière. Ce cumul de vie professionnelle et familiale est réservé aux femmes. Seulement 14,6 % des actives (contre 20,2 % des actifs) sont des cadres [9].

Même dans un monde de lutte contre les discriminations, cette hiérarchie symbolique entre le féminin et masculin est abondée par l'ensemble des stéréotypes hérités du patriarcat.

**Exemple** du tableau classique de Courbet « L'origine du monde » qui renvoie à une conception naturaliste en mettant en scène une femme réduite à son sexe, sa vocation maternelle et sa disponibilité sexuelle aux hommes(10). Et du tableau d'Orlan « L'origine de la guerre » qui s'oppose au premier en montrant que la différence entre les sexes est une construction

politique [11]. Ce qui fait qu'aujourd'hui il est toujours vu comme menaçant et problématique que les femmes aient un rapport au pouvoir, on y voit un potentiel de chaos, de désordre et de violence. À l'inverse, le fait que les hommes s'occupent d'affaires de femmes serait aussi une menace (effémination potentielle).

On en conclut que les femmes, en dépit de leurs compétences, sont moins favorisées que les hommes dans le monde du travail, précisément lorsqu'il s'agit de grimper les échelons, et ce, même dans les métiers dominés par le féminin (social, enseignement, hôpital), majoritairement à cause de leur potentielle grossesse. Ceci n'est rien d'autres que les stéréotypes hérités du patriarcat et qui persistent toujours dans un monde dit égalitaire.

Les femmes essaient donc de trouver un équilibre entre carrière et mariage même si souvent leur carrière sont délaissées pour leurs vies familiales alors que, les hommes eux, pour la plupart, se consacrent totalement à leurs vie professionnelle.

De façon plus générale, on conclut que les inégalités de genre sont un problème de nature politique, ni naturelle, ni théologique et doit être pris en charge politiquement.

D'un point de vue personnel, je pense que les hommes doivent s'impliquer d'autant plus que les femmes dans le foyer familial, en partageant les tâches ménagères par exemple, l'idée des congés de paternité déjà inscrite donc pas mal de pays comme le Japon, doit être plus commune pour que chaque membre de couple soit aussi présent et responsable envers l'éducation de l'enfant. Ainsi un équilibre s'établit et les charges sont équitables dans la vie de couple.

Ceci dit, les femmes comme les hommes son libres à se consacrer ou au mariage ou à la carrière uniquement. Mais le plus important dans un couple c'est surtout la complicité et l'entente sur les responsabilités de chacun pour une meilleure durabilité.

### **Bibliographie:**

- [1] OMS, Genre, femmes et santé <https://www.who.int/gender/whatisgender/fr/>
- [2] Wikipédia, «Distinction entre sexe et genre » <https://fr.wikipedia.org/wiki/>
- [3] Legouge, Patricia, «La sexualité, un produit social et un objet sociologique» , article <https://www.persee.fr/doc/>
- [4] Macé, Eric, «Genre et sociétés: Théoriser l'après-patriarcat: de l'historicité des arrangements de genre» , pages 175-179
- [5] Christine Delphy: «Penser le genre», Nouvelles Questions Féministes 2002/1 (Vol. 21), pages 126 -133
- [6] Laurin, Nicole, «Les femmes dans la sociologie», *Sociologie et sociétés*, vol. 13, no 2, octobre 1981, p. 3-18.
- [7] Macé, Eric, travail, op.cit: pages 236-239
- [8] [https://www.lepoint.fr/societe/les-femmes-reussissent-mieux-que-les-hommes-a-l-ecole-moins-bien-dans-la-vie-10-12-2014-1888386\\_23.php](https://www.lepoint.fr/societe/les-femmes-reussissent-mieux-que-les-hommes-a-l-ecole-moins-bien-dans-la-vie-10-12-2014-1888386_23.php)
- [9]-[https://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/2013-079 .pdf](https://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/2013-079.pdf)
- [10] Courbet, tableau: *L'origine du Monde*, <https://www.hebdo-blog.fr/que-me-veut-il-ce-tableau-lorigine-du-monde-de-courbet/>
- [11] Orlan, tableau: *L'origine de la guerre*. <https://www.cnap.fr/l'origine-de-la-guerre->

# **VIOLENCE DIRIGEE SPECIFIQUEMENT CONTRE UNE FEMME (VBG) ET SES FACTEURS DE RISQUES**

**Manon GUILLOU**

## **Introduction**

La violence envers les femmes est l'une des formes de violation de droits humains les plus répandues dans le monde [1]. Cette violence peut prendre différentes formes: de la discrimination, du harcèlement ou encore des agressions sexuelles. Elle peut être plus ou moins consciente, on observe ainsi un sexisme intégré qui subsiste dans la société sans être remis en cause. Dans le cadre du thème santé et genre, il sera intéressant de nous demander quels sont les différents problèmes de discrimination sexuelle que peuvent rencontrer les femmes dans le domaine de la santé. Pour cela, nous étudierons dans un premier temps les problèmes de discrimination sexuelle dans la famille et la société, qui ont de réels impacts sur la santé des femmes. Dans un second temps, nous verrons les discriminations sexuelles subies par les femmes dans les études de médecine et dans le statut de médecin féminin et dans un troisième temps, nous travaillerons sur les problèmes de discrimination sexuelle rencontrés dans la prise en charge des patientes féminines durant un rendez-vous médical.

## **I. Les problèmes de discrimination sexuelle dans la famille et la société**

### **a. Chez les enfants / jeunes femmes**

La famille est le principal lieu d'enseignement de la vie en société pour les enfants. C'est là où l'on apprend à rester à sa place, une place définie par la société en fonction de notre âge, de notre genre ou encore de notre sexualité [2]. La place enseignée aux enfants les conditionne pour leur vie future. Ainsi, le rôle de la mère qui est en charge des tâches domestiques, du soutien scolaire, du soin ou encore des activités et des échanges verbaux, étiquète, pour les fillettes, un rôle défini pour la femme qu'elles deviendront alors que le rôle du père, plus présent dans les activités ludiques ponctuelles, dans les jeux physiques ou encore dans l'ouverture vers le monde extérieur permet aux garçonnets de développer leur esprit d'aventure [3]. Toutes ces représentations sont accentuées par le rapport des parents à leur enfant qui est différent en fonction de son genre. En effet, les filles sont qualifiées de mignonnes, sages alors que les garçons sont solides, braves, courageux. Les comportements qui sont valorisés diffèrent aussi: chez les jeunes filles on retrouve la docilité, les aptitudes relationnelles, la bienveillance alors que chez les garçons, ce sont la combativité, la compétitivité, la fougue [3]. Dans les ouvrages pour enfants, on retrouve aussi une discrimination envers les femmes avec une omniprésence des hommes: dans les titres, 78% de noms masculins pour 25% de noms féminins, sur les couvertures, 78% de personnages masculins pour 48% de personnages féminins. De plus, les filles ont souvent un rôle secondaire avec une prévalence de la beauté sur leur caractère contre une représentation de rites initiatiques, de réalisations de désirs pour les hommes [4]. Les

vêtements attribués aux enfants sont aussi genrés avec les petites filles qui portent des petites robes, des chaussures ouvertes ce qui les restreint dans leur mouvement alors que les petits garçons ont souvent un pantalon ou un short et des baskets afin de pouvoir se divertir comme il leur plaît [3]. Cela définit donc les jeux attribués aux enfants: avec 3 types de jeux pour les petites filles: des jeux de séduction avec le maquillage et les bijoux, des jeux de maternités avec les poupons, le biberon, le bain et des jeux domestiques avec la marchande, la dinette. Ce sont des jeux d'imitation et de conformité avec peu de mouvements. Alors que pour les garçons, on leur destine des jeux favorisant la réflexion ou avec identification à des héros actifs ou même à la vie professionnelle de leur père qui est embellie pour devenir un super-héros du quotidien [4]. Tous ces jeux permettent de développer les futurs rôles sociaux que les enfants devront adopter une fois à la vie adulte avec les filles prédestinées à devenir des femmes s'occupant des enfants et de la maison, elles doivent être organisées, rangées tandis que les garçons sont amenés à se façonner une identité professionnelle et un esprit d'initiative [4].

Tout cet apprentissage du rôle de la femme détermine la future orientation professionnelle des jeunes gens. En effet, 8 filles sur 10 veulent exercer dans uniquement 4 spécialités: le secrétariat, la comptabilité, le commerce et le sanitaire. Alors que le choix des garçons fait preuve de beaucoup plus de diversité [4]. On observe que, dans une formation paramédicale et sociale, 84% des élèves sont des filles contre 27% en école d'ingénieur [5]. La fourchette des métiers pour les femmes est donc plus restreinte avec un excès de salariat dans le secteur tertiaire qui est le secteur du service et une surreprésentation des temps partiels non choisis.

L'évolution des jeunes filles est ponctuée de moments clés comme l'arrivée de leurs premières règles, la ménarche. En effet, elle est souvent présentée aux jeunes filles comme le début de leur vie de femme [6]. Aujourd'hui, les jeunes filles sont informées de plus en plus, au début de leur puberté, des transformations à venir et la ménarche est introduite comme la définition de leur maturité et de leur identité. Dans les familles, le rôle d'instruction quant aux menstruations est principalement occupé par la mère, avec la possible intervention d'une sœur, d'une grand-mère ou des amies [6]. Cependant, dans certaines familles comme dans les familles tsiganes, la loi du silence est toujours de vigueur et la mère cache même l'existence des menstruations à sa fille, c'est un sujet tabou, qu'il est honteux d'aborder [6]. Dans les familles qui préparent les filles à leurs menstruations, la féminité est définie par la capacité à procréer de la femme et les règles en sont la preuve. Les règles sont aussi présentées par les traités éducatifs et les ouvrages sur l'adolescence comme un échec de la fertilisation ce qui leur implique un caractère honteux et dégoûtant [6].

Malgré le fait qu'elles soient donc présentées comme le reflet de leur féminité et de leur capacité de procréation, les règles sont également considérées comme un déchet du corps qu'il faut dissimuler. Les filles apprennent aussi, dès le début de leur adolescence, que pour ne pas se « salir » quand on a nos règles, il faut utiliser des protections hygiéniques dont le nom pose problème [6]. En effet une protection est « ce qui protège, assure contre un risque, un danger, un mal » et hygiénique est « ce qui est bon pour la santé, sain » donc si on suit la signification de ce terme, on doit en déduire qu'il faut se protéger contre les règles, qu'elles sont une menace pour la santé [7]. Les jeunes filles apprennent donc qu'il faut dissimuler leurs règles, qu'il ne faut laisser ni traces, ni odeurs, et qu'il s'agit là d'un

« savoir-vivre » et du respect des autres et ainsi prévenir de l'embarras qu'elles pourraient causer notamment chez les hommes. Les jeunes filles inexpérimentées qui ont le malheur de se tâcher, à l'école par exemple, se font persifler et ainsi humilier sur la place publique malgré une solidarité féminine importante [8]. Les règles sont donc dissimulées, leur nom n'est pas prononcé avec l'utilisation de tournure comme « les avoir », « les anglais ont débarqués », « les ragnagna » qui ne font qu'accroître la honte que ressentent les jeunes filles quant à ce flux incontrôlé qui s'écoule de leurs parties génitales [6].

De plus, surtout dans les classes moyennes et supérieures, la ménarche provoque un renforcement du contrôle des parents sur le choix vestimentaire de leur fille [8]. Comme la puberté a provoqué un développement des hanches et de la poitrine des jeunes filles, les parents estiment que ce corps sexualisé doit respecter des normes de décence et ne pas provoquer des attitudes indécentes de la part des hommes [8]. Ainsi le corps féminin est associé à un objet de désir masculin qu'il faut contrôler pour ne pas provoquer des pulsions incontrôlables de la part des garçons qui ne sont pas encore matures. Ainsi, on apprend que, dans une étude menée au collège et au lycée en France en 2012, 7% des filles sont victimes de violence sexuelle contre 4% pour les garçons, que les attouchements sexuels touchent 8% des filles contre 3% des garçons, les baisers forcés sont de 7% pour les filles contre 3% pour les garçons [5]. Et au traumatisme des agressions, vient s'ajouter la culpabilité engendrée par la société, de ne pas avoir respecté un comportement adéquat, à cause d'une éducation basée sur des stéréotypes légitimant la domination et la violence des hommes.

## **b. Chez les mères**

En grandissant, les femmes découvrent de nouvelles formes de discrimination notamment au sein de la famille avec un rapport de domination qui peut même conduire à des violences intrafamiliales. En effet, en 2019, en France, 149 femmes sont décédées sous les coups de leur conjoint ou de leur ex [9]. De plus, chaque année, en France, 201 000 femmes sont victimes de violences physique et / ou sexuelles de la part de leur conjoint ou de leur ex. Ces violences privilégient une tolérance singulière de la part des femmes car 9% des femmes en couple entre 20 et 59 ans ont été confrontée à des violences conjugales pendant les années 2000 mais seulement 16% des victimes de ces violences ont déposé une plainte, et si la violence était un viol ou une tentative de viol, ce n'est plus que 11% qui ont porté plainte [10]. Par ailleurs, sur les 83 000 viols ou tentatives de viol recensés en 2013, dans près d'un tiers des cas, l'agresseur était le compagnon et dans 83% des cas, il était connu de la victime [10]. Ainsi, 1 femme sur 6 déclare avoir subi des rapports sexuels forcés ou des tentatives durant leur vie. 20,4% des femmes et 6,8% des hommes ont subi au moins une forme de violence sexuelle au cours de leur vie. Ces violences sexuelles peuvent engendrer une tendance à l'inhibition, à la culpabilisation, une perte de confiance en soi et en autrui, un état dépressif voire un suicide [9] avec entre 32 et 44% de femmes victimes d'un viol qui pensent à se suicider [11] contre 4,5% pour les femmes actives en général [12].

Dans le foyer, on retrouve aussi des inégalités homme-femme notamment dans la répartition des tâches domestiques et dans les soins des enfants. En effet, en Europe, les femmes passent 17h de plus que les hommes à faire des tâches domestiques et familiales [13]. Elles sont, le plus

souvent, la personne assignée à la prise en charge des enfants ou d'un parent âgé ou dépendant. Par exemple, en Corée, les mères sont responsables de l'éducation des enfants, elles se consacrent même à cette tâche avant l'entrée à l'école de leur progéniture, la réussite de leur enfant dans ses études leur incombe [14]. Cela entraîne un complexe de super-mère qui se traduit par des interventions dans la vie scolaire et extrascolaire qui menacent l'intimité de leur enfant et par une obligation de mettre leur vie personnelle entre parenthèses pour assurer l'avenir de leur enfant. On observe donc une prédominance de l'identité familiale sur l'identité personnelle de la part de la mère [14].

L'association entre la femme et la mère amoindrit les possibilités professionnelles des femmes. En effet, une femme dans la vingtaine, même si elle a un niveau d'éducation supérieur à celui d'homme, aura plus de mal à s'insérer dans la vie professionnelle que ce dernier à cause de la discrimination statistique qui est une réticence des employeurs à embaucher des mères potentielles [15]. De plus, la prédominance d'études littéraires et sociales chez les femmes ne favorise pas leur accès à l'emploi [15]. Ainsi, en 2007, en Europe, 58,3% des femmes travaillaient contre 72,5% des hommes [13]. La discrimination envers les femmes dans le secteur de l'emploi est aussi attestée par les différences de salaire dont souffrent les femmes avec 20% du salaire en moins par rapport aux hommes dans les secteurs privé et semi-public pour un poste à temps et responsabilité égaux [5]. L'accès à l'emploi pour les femmes passe souvent par un temps partiel avec 30% des salariées qui sont en temps partiel en 2007 en Europe pour 7,7% des salariés [13]. Ce temps partiel leur est souvent imposé par les responsabilités qui leur incombent, avec la responsabilité des enfants dont les horaires de la prise en charge par une tierce-partie ne sont pas toujours

adaptés aux horaires d'un temps plein [13]. Ce déséquilibre entre les hommes et les femmes induit des inégalités de salaire rendant ainsi les femmes dépendantes des hommes [13].

Les femmes souffrent aussi d'un intérêt social quant à leur physique. En effet, les codes de la beauté féminine issus de la surreprésentation d'un certain type de féminité, engagent les femmes à suivre des diktats culturels afin de correspondre à cette représentation fantasmée [16]. Ainsi, la pilosité est devenue un ennemi du quotidien que la femme doit combattre malgré les nombreux inconvénients d'une pratique comme l'épilation : perte de temps et d'argent, douleurs ou encore problèmes de peau. De plus, un culte de la minceur est imposé à la femme avec plus de 55% des femmes qui ont déjà fait un régime en France contre 32% des hommes [17] et peut même créer des troubles du comportement alimentaire comme l'anorexie dont 90% des malades sont des femmes [18]. Cette injonction de la minceur est favorisée par les corps féminins exposés par les réseaux sociaux, la publicité ou encore la mode, où l'affichage des bourrelets, de la cellulite ou des vergetures est négligeable et s'il a lieu, il est toujours accompagné d'un message d'engagement en référence au «body positive» [16]. Les femmes ne se soumettant pas aux normes énoncées par la société font souvent l'objet de vives critiques et d'un rejet de la société.

Malgré la surexposition du corps de la femme, son anatomie reste cachée. En effet, le clitoris, contrairement au sexe masculin qui est fièrement représenté, reste dissimulé, avec sa première illustration dans les manuels scolaires en France en 2017 [16]. Cela conduit à une méconnaissance avec plus de 80% des adolescents ignorent quel est cet organe mais si, grâce à la mobilisation féministe, ce nombre tend à diminuer [19].

Les discriminations faites aux femmes dans leur famille et dans la société peuvent prendre différentes formes mais ont comme tronc commun soit d'associer les femmes à la maternité soit de considérer les femmes comme des objets. Toutes ces discriminations ont un réel poids dans le quotidien des femmes qui sont même victime de leur propre sexisme intégré dans une société où l'égalité homme-femme ne reste qu'une utopie. La constante association des femmes à la maternité peut avoir des conséquences néfastes pour les femmes ne voulant pas avoir d'enfant qui peuvent se sentir dépossédées d'une partie de leur identité, de leur statut de femme mais elle peut aussi être désastreuse pour les femmes infertiles, souhaitant des enfants, qui en plus de ne pouvoir réaliser leur rêve de maternité, doivent se heurter à des remarques désobligeantes remettant en cause leur féminité.

## **II. Les problèmes de discrimination sexuelle dans les études de médecine et dans le statut de médecin féminin**

### **a. Les études de médecine**

Aujourd'hui, les femmes sont plus représentées dans les études de médecine que les hommes. On observe une féminisation de la médecine avec 61% des effectifs de médecins des classes d'âge les plus jeunes qui sont des femmes contre une moyenne sur l'ensemble des médecins actuellement actifs sur le territoire français de 49% [20]. Cependant, lorsque l'on se penche sur les spécialités que les femmes exercent dans la médecine il y a une grosse disparité comme dans les spécialités chirurgicales où elles ne représentent que 32,2% [20]. En Australie, les femmes ne sont

majoritaires que dans les spécialités de médecine palliative (55%) et de santé sexuelle (55%) [21].

Les femmes ne sont pourtant pas moins ambitieuses au début de leurs études que les hommes mais, durant leur cursus, elles sont confrontées à des choix déterminants pour la suite de leur avenir. En effet, dans une étude allemande, on observe que 18,9% des femmes ont exclu une spécialité médicale qu'elles voulaient en raison de leur sexe contre 2% pour les hommes [22]. Les femmes ont dans la société la responsabilité de l'éducation de leurs enfants, ainsi, les répercussions de la parentalité sont différentes pour les femmes et les hommes, on observe donc que 70% des femmes craignent de devenir mère pendant leur formation de médecin contre seulement 32% des hommes [22]. De plus, 92% des étudiantes estiment que le fait d'avoir un enfant affecte l'avancement de leur carrière contre 66% d'étudiants [22]. Le choix de certaines carrières médicales peut ainsi paraître discordant avec la volonté d'avoir une famille et le peu de représentativité des femmes dans certaines spécialités peut soutenir cette affirmation auprès des étudiantes. La chirurgie, avec en Australie seulement 10% de chirurgiens qui sont des femmes, est ainsi abandonnée par beaucoup d'étudiantes [21].

De plus, les étudiantes subissent de la discrimination quant à l'exposition aux interventions chirurgicales auxquelles elles sont moins invitées à participer que leurs confrères masculins [21]. Cela est dû à la méthode d'apprentissage féminine qui est moins opportuniste que la méthode d'apprentissage dans les hôpitaux où une personnalité affirmée et une attitude « capable de faire » prévalent alors que ce ne sont pas les caractéristiques les plus fastes pour le patient [22]. Ces traits de caractères rendent les femmes plus incertaines vis-à-vis de leurs compétences que les

hommes, ce qui les désavantage dans la recherche de stage les condamnant à acquérir plus lentement de l'expérience [21]. Ces inégalités sont ressenties par les femmes étant donné que 88% des étudiantes au MHH (Hannover Medical School) estiment que les hommes ont de meilleures opportunités d'avancement contre 58% des hommes qui s'estiment privilégiés [22].

En plus d'être discriminée quant à leurs chances dans la médecine, les étudiantes subissent aussi du harcèlement sexuel dans leurs études. En Allemagne, 59,1% des femmes étudiantes en médecine ont observé au moins une forme de harcèlement sexuel contre 41,4% des hommes et 36,3% des femmes en ont déjà subi contre 12,1% des hommes [22]. Les types de harcèlement les plus souvent rapportés sont les commentaires dégradants. Ce harcèlement est particulièrement observé pendant la formation clinique avec une part des étudiants n'ayant été ni témoin ni victime de harcèlement sexuel qui passe de 54% la première année académique à 28% la dernière année [22]. De plus la formation clinique est le moment où le travail se fait avec une hiérarchie dirigée par un consultant, la stagiaire est en bas de l'échelle, cela favorise les abus de pouvoir avec la moitié de ces faits qui sont commis par des médecins et des supérieurs hiérarchiques dont 10% des chefs de service, avec dans 80% des hommes à l'origine du harcèlement [23]. Cela conduit à très peu de recours engagés (entre 3,2% et 33,3% des cas [24]) en raison du manque d'importance du phénomène, de l'inutilité du report, de la peur de représailles, de la peur de créer de nouveaux problèmes, des phénomènes inhérents aux études médicales, de l'ignorance des mesures à prendre pour procéder au report, des mesures de report trop compliquées ou chronophages [24]. De plus, les étudiants apprennent très vite que pour réussir, la complaisance et la conformité sont cruciales, il y a donc une déconnexion entre les valeurs explicites qui sont enseignées et les valeurs

implicites du curriculum caché [21]. Le sexisme ambiant est souvent justifié par un « humour carabin » qui permet aux soignants de détendre le climat pensant de l'hôpital instauré par les souffrances accumulées [23]. Ces agressions ont de graves conséquences sur la santé des futurs médecins avec plus de 66% qui souffrent d'anxiété contre 26% dans la population française et 28% sont atteints de troubles dépressifs contre 10% des français [23].

En plus d'être dépréciées par leurs supérieurs, les étudiantes en médecine doivent aussi affronter les patients. En effet, quand un interne homme entre dans la chambre d'un patient, il est pris pour un infirmier dans 1,5% des cas alors que quand c'est une femme, elle est prise pour une infirmière dans 71,5% des cas. Après s'être présenté, avoir examiné le patient et posé son diagnostic, le patient va demander à voir un médecin dans 7,1% des cas quand l'interne est un homme contre 60,6% des cas quand c'est une femme [23]. L'interne femme voit donc son travail décrédibilisé par le patient. De plus, 12% des étudiants ont subi du harcèlement de la part des patients [22].

## **b. La profession de médecin**

Les stéréotypes sexistes perdurent une fois le diplômé en poste avec la survenue d'un « plafond de verre » représentant une barrière invisible, artificielle créée par des préjugés comportementaux et organisationnels empêchant les femmes d'accéder aux plus hautes responsabilités [25]. Ainsi, en plus d'être desservie quant à leur spécialité, avec, en France, une majorité de femme dans les spécialités de la médecine du travail (71%), de la gynécologie (67%), de la pédiatrie (64%) et de la gynécologie médicale (94%) mais une grande minorité dans les autres spécialités comme en

médecine générale (41%) ou en chirurgie (14%) [26], les femmes ont moins accès aux postes à responsabilité avec, par exemple dans un grand CHU français, 11 services sur 63 dirigés par une femme avec une majorité de services de biologie, et 3 femmes sur 11 chefs de pôle [26]. Même le conseil national de l'Ordre des médecins, qui a été renouvelé de moitié en 2016 et en 2018, est composé de 5 femmes et de 49 hommes soit moins de 9,26% de femmes et les 2 membres nommés par le Conseil d'état et l'Académie nationale de médecine sont des hommes [23]. Ces faibles proportions de femmes sont désinculpées par le rôle familial qu'occupe les femmes les empêchant ainsi de s'engager totalement dans leur carrière, par la personnalité moins meneuse des femmes qui ne correspondrait pas aux responsabilités incluses dans les postes, par l'« autocensure » dont feraient preuve les femmes en doutant de leurs compétences et de leur légitimité et par la composante historique qui affirme que l'augmentation du nombre de femmes médecins est trop récente pour que les postes à responsabilité, dont l'âge requis est avancé, soient occupé par des femmes [25]. Néanmoins, la première femme en France à s'inscrire dans une école de médecine était Madeleine Brès en 1886. En 1913, les femmes représentaient 6% des étudiants en médecine, un nombre en constante augmentation depuis, notamment avec la Première Guerre Mondiale qui a développé le travail des femmes et ainsi, en 1918, 10% des étudiants en médecine étaient des femmes [26]. La médecine était considérée comme un métier d'homme : « Pour être médecin, il faut avoir une intelligence ouverte et prompte, une instruction solide et variée, un caractère sérieux et ferme, un grand sang-froid, un mélange de bonté et d'énergie, un empire complet sur toutes ses sensations, une vigueur morale, et au besoin une force musculaire ne sont-elles pas au contraire de la nature féminine ? » selon G. Richelot, un grand

médecin français du XIX<sup>ème</sup> s. [27] Pour cela, les femmes médecins ont dû se battre pour se faire entendre et être prises en considération. Pour cela, elles ont créé une association de femmes médecins en 1923 avec le docteur Thuillier-Landry et cette association est toujours en activité démontrant ainsi la nécessité toujours d'actualité d'être reconnues [26].

Les femmes sont aussi sous-représentées dans les structures d'instruction de la médecine avec 47% de femmes parmi les maîtres de conférence-praticiens hospitaliers ; pour les professeurs agrégés des universités-praticiens hospitaliers, 86% sont des hommes. Et pour les 47 doyens de facultés de médecine, seulement 3 sont femmes soit 6,4% de femmes [26]. Cela renforce l'impression, pour les étudiantes, de la présence d'une structure patriarcale profondément enracinée et ces futurs médecins comprennent rapidement que leur sexe est un désavantage pour leur carrière médicale.

Les femmes doivent aussi lutter contre le poids des représentations perpétuées par les médecins hommes qui protègent leur territoire en associant des spécialités à des caractéristiques sexuées qui seraient nécessaires à son exercice. Comme par exemple l'ophtalmologie qui est minutieuse donc idéale pour une femme alors que l'orthopédie qui est physique est en accord avec les qualités masculines [28]. Ainsi une femme ne respectant pas la dysharmonie entre son sexe et sa spécialité rencontrera énormément de difficultés à s'insérer parmi ses pairs.

Les femmes, pendant leurs études et leur carrière dans la médecine, subissent de nombreuses discriminations que ce soit dans leur opportunité d'évolution, dans le choix de leur spécialité mais aussi dans les rapports avec leurs collègues et leurs patients. La féminisation de la médecine représente un espoir d'égalité à venir avec des femmes qui, depuis le

mouvement #MeToo en 2017, ont l'intention de développer des rapports égaux entre les hommes et les femmes.

### **III. Les problèmes de discrimination sexuelle dans la prise en charge des patientes féminines durant un rendez-vous médical.**

#### **a. Dans les différents soins**

Les inégalités de traitement entre les hommes et les femmes dans la médecine représentent aujourd'hui un véritable problème de santé publique. Ces inégalités se retrouvent notamment dans les phases précliniques en particulier dans les essais cliniques. En effet, la Food and Drug Administration a évalué qu'entre janvier 2006 et décembre 2007, les femmes ne participaient aux essais cliniques que dans 66% des cas et qu'elles ne représentaient que 31% des participants [29]. Cette sous-représentativité induit un obscurantisme sur de nombreux paramètres primordiaux, qui varient selon le sexe du patient, sur le fonctionnement des médicaments comme la pharmacocinétique ou la pharmacodynamique [29]. Ces méconnaissances sur les effets des médicaments sur les femmes peuvent amener le médecin à dispenser un soin inefficace voire dangereux pour sa patiente en prescrivant des protocoles et des posologies inadaptés. De plus, les effets secondaires des médicaments sur les femmes sont ignorés jusqu'à leur mise sur le marché et on observe que, suite à l'administration d'un traitement dans une étude menée en Allemagne en 2009, 40,8% des femmes auront un effet secondaire pour 26,6% des hommes [29]. Le risque d'effet indésirable augmente pour les médicaments pour l'appareil digestif et le métabolisme, le système cardiovasculaire, le système musculo-squelettique et le système nerveux [29].

Les femmes semblent privilégiées en la matière grâce à leur espérance de vie qui dépasse de 6 ans celle des hommes, en France, en 2015 [30]. Cette espérance de vie plus grande peut être expliquée par des différences biologiques, par des comportements moins néfastes à la santé et par des emplois moins exposés, surtout en terme de pénibilité physique. Ainsi les hommes déclarent plus de maladies avec un risque vital important. Cependant, les femmes sont plus victimes des maladies à faible risque vital comme l'anxiété et la dépression avec 10% des femmes de 15 à 75 ans qui ont connu un épisode dépressif caractérisé pendant les 12 derniers mois pour 6% des hommes, ou encore les maladies inflammatoires ostéo-articulaires comme la polyarthrite rhumatoïde qui touche 2,5 fois plus les femmes que les hommes, ou encore les maladies neurologiques et dégénératives et notamment les démences qui après 75 ans sont de 11% chez les femmes pour 7% chez les hommes [30]. Ainsi, en observant l'espérance de vie en bonne santé entre les hommes et les femmes, on observe que la différence est de 0,8 ans à la naissance en France et de 0,4 ans en Europe [30].

Les femmes sont socialement connues pour communiquer et exagérer leurs souffrances. Les médecins, qui ont assimilé ce préjugé, ont tendance à sous-estimer les maux dont souffre la patiente, cela représente pour Didier Ménard une « maltraitance relationnelle » et peut conduire à un mauvais diagnostic avec une prise en charge inexistante ou inadaptée [31].

On retrouve cette maltraitance dans le rapport des médecins à l'endométriose. En effet, cette maladie est souvent diagnostiquée très tard en raison du désintérêt sur les douleurs des règles mais aussi sur le peu d'étude au sujet de cette maladie exclusivement féminine. Ainsi, le fascicule 2015 des ECN (épreuves classantes nationales) publié par le CNGOF (collège national des gynécologues et des obstétriciens français) ne rapporte pas que

l'endométriase provoque des douleurs chroniques ayant des répercussions sur la qualité de vie des femmes [31].

L'ignorance des médecins sur les spécificités féminines concerne aussi la prise en charge des problèmes cardiovasculaires des femmes qui sont souvent assimilés à des crises d'angoisse [32]. Par exemple, l'infarctus du myocarde a longtemps été associé à un homme d'âge mûr stressé au travail, fumeur, sédentaire et avec un léger surpoids, ce qui a provoqué un retard de diagnostic et de prise en charge d'autant plus que les femmes peuvent présenter des symptômes atypiques [29]. Par ailleurs, les maladies cardiovasculaires sont aujourd'hui la première cause de mortalité des femmes bien avant le cancer du sein [31].

Les dépendances, comme l'alcoolisme, sont définis en fonction d'un référent masculin considéré comme universel [32]. Alors que les recherches ont prouvées que les situations de vie, les motifs de consommation avec les causes, les déclencheurs et les renforçateurs sont considérablement différents en fonction du sexe. De plus, les femmes ont accès beaucoup plus tard que les hommes aux dispositifs d'aide [33].

La discrimination se poursuit aussi dans les prescriptions faites aux femmes avec un nombre moyen de médicaments de 11 pour les femmes contre 9 pour les hommes provoquant ainsi une surconsommation de médicaments [29]. Cette surmédication se retrouve aussi dans la psychiatrie où les causes sociales de la détresse psychique des femmes sont dépréciées au profit de la théorie de la vulnérabilité naturelle [32].

Les femmes sont aussi les destinataires de certaines campagnes de prévention comme sur la consommation d'alcool, sur l'IVG ou sur la protection et la promotion de la santé maternelle et infantile, des sujets uniquement en rapport avec leur capacité reproductive ou leurs

responsabilités maternelles [32]. Elles sont ainsi condamnées à être représentées par la procréation et à être exclues des grands problèmes de santé publique comme le VIH, l'alcoolisme, les addictions ou les maladies cardiovasculaires [35].

Les femmes représentent un groupe avec une grande hétérogénéité conduisant ainsi à des discriminations ne pouvant affecter qu'une partie de ce groupe comme par exemple, les origines de la patiente qui engendre des obstacles pour l'accès aux soins avec des difficultés de langue, des différences culturelles, et un milieu social méconnu du corps médical. Ces difficultés peuvent conduire la patiente à renoncé à un soin qui lui est pourtant nécessaire et ainsi laisser les discriminations gagnées au détriment de sa santé [31].

Les femmes transgenres sont aussi les victimes de ce sexisme qui est accentué par la transphobie qui règne dans la société actuelle. Parmi les lesbiennes, gays, bisexuelles et transgenres, une personne sur 10 ayant eu accès à des services de soins de santé au cours de l'année précédant l'enquête a considéré avoir été victime de discriminations par le personnel médical soit dans l'accès aux soins, soit dans l'attitude des professionnels en charge des soins [36]. De plus, les femmes transgenres font face à la méconnaissance de leur situation et des traitements à privilégier pour faciliter leur transition. Ainsi, de nombreux endocrinologues persistent à prescrire de l'Androcur ou acétate de cyprotérone pour freiner la production de testostérone. Ce médicament est depuis 2011 associé à un risque de méningiome et peut facilement être remplacé dans la médication des femmes transgenres par de la progestérone mais les endocrinologues, ne connaissant pas toutes les alternatives, prescrivent un médicament dangereux pour la santé de ces femmes.

## **b. Dans les soins gynécologiques et obstétricaux**

Les femmes sont sans cesse affiliées à leur fonction reproductive malgré l'évolution de la science qui a permis le contrôle et la maîtrise de la fécondité. Les femmes restent responsables de la contraception avec 90% des contraceptions utilisées dans le monde qui sont des contraceptions féminines avec le développement de la pilule, de l'implant, du stérilet ou encore la ligature des trompes [37].

Pendant mes recherches sur la contraception des femmes, j'ai rencontré Camille Bouko-Levy, une femme de 21 ans qui a fait une stérilisation à visée contraceptive. Cette intervention chirurgicale est autorisée en France, depuis 2001, pour toutes les personnes majeures. Malgré cette légalité, les gynécologues ne sont pas dans l'obligation de pratiquer cette opération ce qui provoque, pour les femmes souhaitant avoir recours à cette intervention, de nombreuses difficultés pour trouver un praticien acceptant de les opérer. De plus cette méthode, étant définitive pour les grossesses spontanées, n'est que peu proposée ou abordée comme l'explique Mme Bouko-Levy, lors de son rendez-vous au planning familial pour retirer son implant contraceptif, parmi tous les prospectus exposés sur la contraception, aucun ne présentait la ligature des trompes et après une recherche dans les réserves, le seul prospectus qui lui a été proposé n'était même pas actualisé. Ainsi, pour connaître et donc profiter de cette intervention, il faut utiliser des moyens d'information alternatifs impliquant une solidarité et un partage d'expérience des personnes ayant été concernées par cette méthode de contraception. Le choix des femmes quant à leur corps est donc soumis au contrôle et au jugement des médecins alors même que la loi leur garantit une liberté. Ce jugement est parfaitement illustré par le

docteur Laurent Alexandre, urologue de formation qui affirme à propos de Mme Bouko-Levy, sans avoir pris en compte toutes les raisons de son choix, qui est en premier un choix personnel : « cette gamine s'est fait stériliser pour des raisons écologiques [...] une fois que les délires écologiques collapsologiques vont cesser, elle regrettera amèrement ! STOP STERILISATION ! »

Cette centralisation de la santé de la femme sur sa capacité de reproduction implique des consultations régulières chez un gynécologue, qui ne sont pas aussi nombreuses que celle des hommes auprès d'un urologue, des consultations qui explorent l'intimité de la patiente pouvant mener à de graves dérives. En effet, en 2014, le hashtag *#PayeTonUtérus* a dévoilé plus de 7000 témoignages en 24h de femmes victimes de gynécologues ou d'obstétriciens [23]. Ces femmes partagent des propos discriminatoires sur leur physique ou leur volonté ou non d'avoir un enfant, des examens vaginaux brutaux ou sans consentement et même des violences sexuelles. En effet, le statut de médecin est parfait pour ces agressions et l'accès facilité au corps des femmes est spécifique à la médecine, une relation de confiance est instaurée grâce au secret médical qui permet d'obtenir des informations personnelles pouvant mener à une relation de dépendance et de manipulation. Le médecin peut profiter des failles et de la vulnérabilité de la patiente et notamment d'un vécu passé d'agressions sexuels en exploitant le rapport d'autorité qu'il exerce sur la patiente pour s'assurer de son impunité [38]. Les médecins peuvent aussi défendre une confusion de la patiente entre les gestes médicaux et l'agression sexuelle. De plus, le médecin bénéficie de l'appui de ses pairs avec un refus des confrères d'ausculter pour certifier de l'agression et remettre un certificat médical. Un comportement qui est justifié par l'article 56-3 du code de déontologie médicale : « Les

médecins se doivent assistance dans l'adversité » [38]. Ces agressions de la part des médecins peuvent toucher toutes les spécialités mais sont particulièrement présentes dans les domaines de gynécologie et obstétricaux où l'intimité de la consultation justifie une demande explicite du consentement de la part du médecin ce qui n'est pas toujours de rigueur. En effet, en 2015, les documents de la Faculté de médecine de l'université de Lyon-Sud révélaient que, pendant leur formation, il est attendu des étudiants qu'ils pratiquent des touchers vaginaux sur des patientes endormies [23].

La discrimination subie par les femmes comprend aussi le manque de considération des choix des femmes dans leurs soins menant à une relation paternaliste qui provoque un soin violent. En effet, actuellement, 1 accouchement sur 5 se fait avec une épisiotomie qui sont réalisées dans 50% des cas avec un manque ou une absence totale d'explication sur son motif [23]. De plus, lors de la suture, l'épisiotomie peut être légèrement plus serrée pour que le canal vaginal soit plus étroit, c'est le « point du mari » [23]. Ainsi, en Italie, une femme sur 3 ayant accouché, s'est sentie maintenue à l'écart des décisions et des choix fondamentaux relatifs à son suivi médical [23].

Les gynécologues peuvent aussi émettre des jugements sur la sexualité de la femme, sur son orientation sexuelle, sur son nombre de partenaires sexuels ou encore sur son physique. Aussi, des femmes en surpoids relatent que leurs gynécologues ont refusé de leur prescrire une contraception car, au vue de leur physique, ils estimaient qu'elles n'avaient aucune chance de tomber enceinte [23].

Les actes médicaux pratiqués par les gynécologues et les obstétriciens peuvent être exécutés sans prendre en compte la douleur notamment lors d'un examen vaginal. Ainsi, 12% des femmes ayant

accouché ont été peu ou pas satisfaites des méthodes reçues pour gérer la douleur et les contractions [23].

Les violences sexistes touchent aussi les femmes en situation de handicap dont la moitié sont victimes de maltraitance dans leur vie quotidienne contre un tiers des femmes valides. Ces femmes sont défavorisées dans la prise en compte de leurs opinions et font face à des difficultés d'accès aux soins, notamment dans le domaine de la gynécologie où elles ne vont pas être examinées si elles ne peuvent pas écarter les jambes. De plus, leur choix de médecins est limité car le nombre de services adaptés ne leur permet pas une grande diversité (3 à Paris) [23].

Les femmes lesbiennes sont aussi délaissées par les soins gynécologiques car elles ne prennent pas de moyens de contraception et ne sont donc pas suivies. Cela provoque un taux d'infection sexuellement transmissible plus important que chez les femmes hétérosexuelles [23].

Les soins médicaux sont supposés être une zone de sûreté pour toutes les femmes. Cependant, les patientes subissent d'importantes discriminations, trop peu nommées, pouvant mener à une défiance envers le personnel médical et ainsi condamner l'accès des femmes aux soins. Pour lutter contre ces discriminations, il est nécessaire de séparer la femme de sa fertilité et d'assurer une confiance et un respect mutuels entre le praticien et sa patiente.

## **Conclusion**

Les violences faites aux femmes dans leur famille, dans la société, dans leur environnement de travail ou encore lors de soins médicaux, ont de graves conséquences sur la santé de femmes et donc sur l'équilibre de la

société. La féminisation actuelle de la médecine représente un espoir dans la considération des compétences des femmes et dans un nouveau modèle de prise en charge du patient, dans une société de moins en moins patriarcale. La libération de la parole sur les discriminations que les femmes subissent revêt d'une importance majeure dans la lutte contre ces violences et dans l'évolution des mentalités. Ce ne sont donc pas « des affaires privées ».

### **Références:**

- [1] Haut Commissariat au Plan, ONU Femmes, Rapport sur les violences faites aux femmes et aux filles, Enquête Nationale sur la Violence à l'Encontre des Femmes et des Hommes, 2019.
- [2] É. Marsicano, *Le foyer des discriminations*, [lavedesidees.fr](http://lavedesidees.fr), 2017.
- [3] Crips Ile-de-France, *Socialisation, stéréotypes et inégalités liés au genre*, Ile de France. Prévention, Santé, SIDA, 2018.
- [4] E. Daréoux, *Des stéréotypes de genre omniprésents dans l'éducation des enfants*, Erès "Empan", 2007.
- [5] M. Touraine, P. Boistard, *Vers l'églité réelle entre les femmes et les hommes*, 2015.
- [6] A. Mardon, *Honte et dégoût dans la fabrication du féminin*, Presses Universitaires de France "Ethnologie française", 2011.
- [7] L. Lahaye, *Le tabou des règles: un moyen efficace de contrôler le corps des femmes*, Femmes Prévoyantes Socialistes, 2028.
- [8] A. Mardon, *Pour une analyse de la transition entre enfance et adolescence*, Presses de Sciences Po "Agora débats/ jeunesses", 2010.
- [9] Service des droits des femmes et de l'égalité entre les femmes et les hommes. Direction générale de l'enseignement scolaire, *Comportements sexistes et violences sexuelles. Prévenir, repérer, agir*, 2020.
- [10] S. Simon, *Violences faites aux femmes: définitions, principaux chiffres et politiques publiques de lutte*, Presses de Sciences Po "Les Tribune de la santé", 2014.
- [11] M. Fagot, *Victime de viol*.

- [12] Santé Publique France, Suicide et tentative de suicides: données nationales et régionales, 2019.
- [13] S. Burri, La conciliation de la vie professionnelle, privée et familiale, OFCE "Revue de l'OFCE", 2010.
- [14] M-K. Lee, N. Mosconi, Le surinvestissement des mères coréennes pour la réussite scolaire des enfants, L'Harmattan "La revue internationale de l'éducation familiale", 2009.
- [15] D. Meurs, A. Pailhé, S. Ponthieux, Enfants, interruptions d'activité des femmes et écart de salaire entre les sexes, OFCE "Revue de l'OFCE", 2010.
- [16] M. Fanchette, P. Blutteau, L. Lachenal, C. Amerdeil, Les femmes et les tabous, ADH Sorbonne, 2020.
- [17] IPSOS, Les français, leur poids et leurs expériences des régimes, 2015.
- [18] Haute Autorité de Santé, Anorexie mentale: prise en charge, 2010.
- [19] Médiathèques Roannais agglomération, Corps féminin: la fin d'un tabou?.
- [20] P. Bouet, J-F. Gérard-Varet, Atlas de la démographie médicale en France, Ordre national des médecins, conseil national de l'ordre, 2020.
- [21] M. M. Walton, Sexual equality, discrimination and harassment on medicine: it's time to act, MJA 203, 2015.
- [22] K. Jendretzky, L. Boll, S. Steffens, V. Paulmann, Medical students' experiences with sexual discrimination and perceptions of equal opportunity: a pilot study in Germany, BMC Medical Education, 2020.
- [23] D. Bousquet, G. Couraud, M. Collet, Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical, Haut conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes, 2018.
- [24] A. Duba, Harcèlement sexuel chez les jeunes médecins à l'Hôpital : prévalence, facteur de risque et conséquences en santé mentale. Enquête nationale MESSIAEN, 2020.
- [25] C. Rosso, A. Leger, O. Steichen, Plafond de verre pour les femmes dans les carrières hospitalo-universitaires en France, Société Nationale Française de Médecine Interne, 2018.
- [26] V. Leblond, A. Hartemann, B. Autran, Les femmes médecins aujourd'hui: l'avenir de la médecine?, Presses de Sciences Po "Les Tribunes de la santé", 2014.
- [27] G. Richelot, La femme médecin, E Dentu, 1875.
- [28] G. Picot, Les femmes médecins ou l'accès des femmes à une profession traditionnellement masculine, Cahiers du GEDISST, 1995.

- [29] R. Davesne, La participation des femmes dans les essais cliniques, Université de Lille, 2018.
- [30] D. Polton, Egalité femmes-hommes en matière de santé et de recours aux soins, EN3S-Ecole nationale supérieure de Sécurité sociale "Regards", 2016.
- [31] Commission nationale consultative des droits de l'Homme, Agir contre les maltraitements dans le système de santé: une nécessité pour respecter les droits fondamentaux, CNCDH, 2018.
- [32] C. Favier, Les combats féministes dans le champ de la santé, Presses de Sciences Po "Les Tribunes de la Santé", 2014.
- [33] V. Dupertuis, Plate-forme romande femmes-dépendances: pour la prise en compte des spécificités des dépendances des femmes, Antipodes "Nouvelles questions féministes", 2006.
- [34] M. Mesnil, Les inégalités de santé liées au genre en partie fondées sur les stéréotypes de genre en droit de la santé, Presses de Sciences Po "Les Tribunes de la Santé", 2014.
- [35] M. Membrado, Les femmes dans le champ de la santé: de l'oubli à la particularisation, Antipodes "Nouvelles questions féministes", 2006.
- [36] Agence des droits fondamentaux de l'Union Européenne, Enquête LGBT dans l'UE. Enquête sur les personnes lesbiennes, gays, bisexuelles et transgenres dans l'Union Européenne, Office des publications de l'Union européenne, 2013.
- [37] A. Constans, Enquête d'opinion sur la contraception masculine: acceptabilité de nouveaux types de contraception, HAL, 2021.
- [38] M. Baldeck, Violences sexuelles commises par des professionnels de santé: Hippocrate phallocrate ?, Association européenne contre les violences faites aux femmes travail, 2013.

# COMPORTEMENT ABUSIFS

Yesmine ANDOULSI

## Introduction

Le terme violence, signifie étymologiquement « force portée » (des mots *vis*, violence, et *latus*, portée) ; il renvoie à l'utilisation de la force physique contre autrui. De nombreux auteurs ont fait le choix d'étendre cette définition à l'atteinte de l'intégrité de la personne, incluant ainsi les violences physiques et verbales, pouvant avoir des dommages physiques et psychologiques, car toutes les violences ne sont pas uniquement physiques.

Les dommages psychologiques, parfois oubliés car invisibles, mais grandement importants, constituent une atteinte à la santé du patient. En effet, d'après la définition de la santé selon l'OMS:

« 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 ».

Quelles sont les différentes sphères touchées par les violences faites aux femmes, et leurs facteurs de risques? Et qu'en est-il des conséquences physiques et psychologiques sur la vie de ces femmes?

Nous verrons dans une première partie les violences faites aux femmes et leurs facteurs de risques et dans une seconde partie les conséquences physiques et psychologiques.

## **I. Violences faites aux femmes et leurs facteurs de risques**

### **A. Sphère familiale, les violences faites aux femmes dans le domicile familial**

De nos jours, les violences faites aux femmes font malheureusement partie intégrante de notre quotidien, et ceci est d'autant plus vrai dans la sphère familiale. Maris trop violents ou parfois enfants trop violents, les limites sont beaucoup trop souvent dépassées, et les chiffres ne le démentent pas. En effet, un questionnaire de 15 questions a été proposé à 100 victimes des urgences médico-judiciaires de l'hôpital Hôtel-Dieu à Paris, afin de définir le profil des femmes victimes de violences conjugales, et les résultats sont plus que suffisants. Parmi les 100 victimes interrogées, 86 cas de violences ont souvent eu lieu à domicile. Quarante-vingts femmes interrogées ont subi des violences psychiques. Dans 43 cas, l'alcool jouait un rôle majeur dans la survenue de ces violences [1]. Alcoolisme, séparation, addiction aux drogues, stress, surmenage etc, les facteurs de risques des violences conjugales sont nombreux. En effet, d'après plusieurs études effectuées en Suisse, il persiste un lien de cause à effet entre la consommation d'alcool et la violence conjugale, corrélation qui s'applique à toutes les formes de toxicomanie. Les femmes dont les hommes sont dépendants de l'alcool ont beaucoup plus de risque de subir des agressions au cours de leur vie que les autres femmes [2]. Malheureusement, par peur des conséquences qu'une plainte pourrait engendrer, en 2015, au Canada, on dénombre seulement 30% des victimes de violences conjugales qui porteraient plaintes [3]. De surcroît, d'après le questionnaire proposé aux victimes des urgences médico-judiciaires de Hôtel-Dieu, 78 cas de ces violences conjugales sont multiples, mais avec un dépôt de plainte

extrêmement rare [1]. Afin d'aider ces femmes à en parler et de les accompagner, de nombreuses associations tel que la FNSF (Fédération nationale solidarité femmes), ou encore la FN CIDFF (La Fédération Nationale des Centres d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles) ont été mises en places dans le but de briser ce tabou qui plane autour des violences conjugales, tabou qui n'aurait jamais dû lieu d'être.

## **B. Sphère professionnelle, les violences faites aux femmes sur le lieu de travail**

Les violences aux femmes ne sont pas présentes uniquement dans le domicile familial, mais également sur le lieu de travail. En effet, qu'elles soient physiques ou verbales, de nombreuses femmes les subissent chaque jour. Malheureusement, de nombreux facteurs de risques, tel que le sexisme, l'inégalité homme-femme, favorisent ces comportements violents envers les femmes, et ceci est d'autant plus vrai dans des professions où le genre masculin est prépondérant (conducteurs/trices poids-lourds, militaires, soignants/es, infirmiers/ères etc). Harcèlement sexuel, violences verbales, remarques déplacées sont quelques-unes des principales violences faites aux femmes dans la sphère professionnelle. En médecine, les blocs opératoires, sont le lieu de harcèlement sexuel, lieu où de nombreuses allusions et « jeux » à connotation sexuelle perdurent, mais où ces remarques désobligeantes, déshumanisantes, et humiliantes, y sont traditionnellement acceptées. On se demande alors où sont les limites entre l'animal et l'homme, car «Le harcèlement sexuel est toujours l'expression de la domination». «Il s'agit fréquemment de l'expression de la «théorie du mâle dominant», ou «du premier de cordée» [4]. D'après Desmond Morris – ethnologue, *Le singe nu*,

il existe d'ailleurs une concordance de comportements entre individus de notre société et ceux de la société simesque. De nombreuses femmes ont tenté de porter plaintes pour cause de harcèlement sexuel, après avoir subi ce genre de remarques incessantes ; cependant, dans la majorité des cas, ces plaintes ont soit été négligées, soit dissimulées sous le terme de harcèlement moral. Nous sommes donc bien loin de l'inégalité homme-femme, qui prône tant dans le langage de nos représentants démocratiques.

### **C. Sphère collective, les violences faites aux femmes en société**

Le sexisme, est là encore un facteur de risque occasionnant des violences physiques et verbales envers les femmes, et ceci non plus dans la sphère familiale ou professionnelle, mais également dans les lieux collectifs. Harcèlement de rue ou dans les transports en communs, de nombreux endroits collectifs sont le lieu de scènes de violences occasionnées aux femmes. De nos jours, de nombreuses femmes affirment ne pas se sentir en sécurité dans la rue. Plusieurs études ont été effectuées à ce sujet. D'après une étude effectuée en Wallonie, en Belgique, on estime en moyenne à 18, le nombre de viols commis chaque jour, 97% des suspects sont des hommes et une victime sur deux (53%) est mineure [5]. L'enquête Enveff recense également les agressions subies au cours d'une existence, avec 46 % des tentatives de viol, 40 % des attouchements et 31 % des viols qui ont eu lieu dans l'espace public, sont perpétrés dans la moitié des cas, par des hommes inconnus de la victime [6]. Ce sujet a fait l'objet de nombreuses réactions, manifestations, création d'association. Les moyens d'expressions et d'accompagnements sont nombreux pour se faire entendre et espérer réduire ces agressions. En effet, en juin 1974, des femmes protestent lors d'une

manifestation de nuit contre l'impossibilité de circuler librement sans risque (Mossuz-Lavau, 1991). En 1985, d'autres manifestations ont fait suite à deux viols qui ont eu lieu dans l'espace public, en plein jour et à des heures d'affluence, sans que personne ne s'interpose. Ainsi, les violences faites aux femmes dans les espaces publics ne cessent d'augmenter de manière exponentielle, et le nombre de femmes ayant porté plainte et qui obtiennent gains de cause n'est malheureusement pas à la hauteur de nos espérances.

## **II. Les conséquences physiques et psychologiques**

### **Les conséquences physiques**

Les violences physiques envers les femmes engendrent des conséquences physiques parfois irréversibles. Les féminicides, terme issu de l'anglicisme, désigne le meurtre des femmes, qui ont succombé aux coups de leur conjoint ou ex-conjoint. On en dénombre 166 en France en 2012 [7]. Les féminicides peuvent être engendrés par de nombreux sujets de disputes ; cependant, parmi les facteurs de risques les plus fréquents des violences envers les femmes on cite les séparations. En effet, d'après une analyse des données statistiques concernant les homicides en Amérique du Nord, les femmes séparées sont cinq fois plus en danger de mort que les autres femmes. La séparation est donc un facteur de risque majeur dans les féminicides (Brownridge, 2006) [8]. Des conséquences dramatiques suites aux violences faites aux femmes peuvent surgir y compris en dehors de la sphère familiale, notamment les meurtres à caractère sexiste. Nous pensons par exemple à la tuerie la plus meurtrière en milieu scolaire de l'histoire du Canada. En 1989, à l'école polytechnique de Montréal, un homme de 25 ans

décide d'ouvrir le feu sur vingt-huit personnes dont quatorze femmes et blessant treize autres personnes (neuf femmes et quatre hommes), avant de se suicider. Outre le nombre affligeant de féminicides, il n'est pas sans rappeler que d'autres conséquences physiques (traumatismes crâniens, ecchymoses, blessures par armes blanches etc) concernent également de nombreuses femmes.

### **Les conséquences psychologiques**

Certaines conséquences sont visibles mais d'autres non visibles sont malheureusement plus, voire, tout aussi graves que les conséquences physiques. Dépression (conduisant parfois au suicide), dévalorisation de soi, perte de confiance, perte d'amour de soi, culpabilisation, burnout et d'autres, sont quelques-unes des conséquences invisibles engendrées par les violences physiques et verbales faites aux femmes. Dans le cas des violences verbales, on parlera même de « harcèlement sexuel traumatique », et on l'assimilera également à un « viol psychique » [4] tant elles peuvent être à l'origine de conséquences graves chez les femmes. Selon Khadija Chahraoui (2015), suite à une violence sexuelle il apparaît de manière très fréquente un sentiment de honte et de culpabilité provoquant le repli sur soi, le mutisme et la dépression. Les nombreuses agressions verbales, scènes de mépris, d'humiliation, le chantage sexuel à répétition peuvent engendrer un syndrome de répétition et risquent d'entraîner des lésions dans les sphères cognitives et oniriques entraînant de l'angoisse, des cauchemars ainsi que des phobies. La victime sera également plus vulnérable à une perte de confiance en soi et d'amour de soi.

## **Conclusion**

Pour conclure, les violences physique et verbale faites aux femmes ne cessent d'augmenter de jour en jour et sont à l'origine de conséquences graves visibles et non visibles entraînant la détresse morale et physique de ces victimes. Dans la sphère familiale, de nombreux facteurs de risques peuvent prédisposer certains couples aux violences conjugales (alcool, séparation, etc), mais il existe également d'autres facteurs de risques (sexisme etc) qui peuvent s'étendre à la sphère professionnelle et sociale, également à l'origine de conséquences graves et dans les cas les plus tragiques, du décès de la victime.

## **Bibliographie:**

- [1] PhilippeVasseur, «Profil de femmes victimes de violences conjugales. The profile of female victims of conjugal violence », pp. 1566-1568, Décembre 2004.
- [2] C. Suisse, «Causes de la violence dans les relations de couple et facteurs de risque », septembre 2012. [En ligne]. Available: [https://www.vd.ch/fileadmin/user\\_upload/themes/vie\\_privée/ViolenceDomestique/pdf/02\\_Causes.pdf](https://www.vd.ch/fileadmin/user_upload/themes/vie_privée/ViolenceDomestique/pdf/02_Causes.pdf).
- [3] C. B. E.-M. L. R. C. M.-M. C. M. D. S. L. E. S. R. d. m. p. f. v. d. v. c. Michèle FRENETTE, «Femmes victimes de violence et système de justice pénale : expériences, obstacles et pistes de solution », p. 8, 2018.
- [4] Karyne Chabert, « »Harcèlement sexuel et travail », p. 3, septembre 2018.
- [5] IWEPS, «Les violences contre les femmes en Wallonie Des chiffres qui font mal », p. 1, novembre 2016.
- [6] M. Lieber, «Femmes, violences et espace public: une réflexion sur les politiques de sécurité », pp. 29-42, 11 Septembre 2002.
- [7] D. Roman, «Féminicides, meurtres sexistes et violences de genre, pas qu'une question de terminologie ! », p. 1, avril 2014.
- [8] P. Romito, «Les violences conjugales post-séparation et le devenir des femmes et des enfants », p. 87 à 105, 2011.

# VIOLENCES SPÉCIFIQUES FAITES AUX FEMMES

**Coralie SALVON**

Selon l'OMS l'identité de genre détermine les rôles, les représentations, les activités, les comportements, les attentes considérées comme adéquates pour chaque personne. C'est aussi un facteur déterminant en termes des inégalités et des discriminations que peut subir un individu.

J'ai décidé de me pencher particulièrement sur les violences physiques et psychologiques dirigées spécifiquement contre les femmes, qu'elles soient cisgenre, transgenre ou les personnes non binaires qui sont perçues comme étant de genre féminin.

La liste des violences spécifiques faites aux femmes est particulièrement longue. Leur fréquence ainsi que leur sévérité varient bien évidemment en fonction du pays mais dans l'ensemble les femmes représentent le genre subissant le plus de violence physique et psychologique.

Je vais premièrement parler des violences spécifiques aux femmes cisgenre puis m'exprimer sur les violences subies par les autres personnes s'identifiant comme femme ou étant perçues comme femmes par la société. Toutes ces violences peuvent se regrouper dans les violences misogynes mais possèdent certaines spécificités bien distinctes et méritent d'être traitées séparément.

Les femmes cisgenre (assignés femmes à la naissance et possédant des organes génitaux et un caryotype féminin) représentent environ 99,6%

de la population [1]. Elles sont l'exemple le plus représentatif des violences faites aux femmes.

Chaque année, environ 137 femmes sont tuées par un membre de leur famille [2]. Les féminicides sont particulièrement présents dans des situations où la femme est dépendante de son entourage. Dans des pays sous-développés ou en voie de développement où la condition de la femme reste très peu élevée, ils sont principalement perpétrés par des hommes, généralement le conjoint de la victime.

Plus d'un tiers des femmes auraient été victimes de violence physiques et sexuelles dans le monde [2]. Ces violences se passent pour la plus grande partie dans le couple même dans les pays développés et dérivent de la misogynie instituée par un système patriarcal où les femmes sont reléguées au second rôle et exploitées principalement comme outils de reproduction.

Les avancées en matière de traitement du droit des femmes sont récentes. Au 20<sup>ème</sup> siècle les femmes étaient encore considérées comme propriétés de leur père puis de leur époux. Les mœurs ont bien évidemment changé dans les pays développés mais la femme reste collectivement considérée comme inférieure à l'homme, c'est la misogynie.

Les violences physiques que subissent les femmes prennent racine dans le contrôle que les hommes violents veulent exercer sur ces femmes. Le schéma le plus courant est une escalade de violence qui commence par des mots, des attitudes agressives puis un premier coup. La fréquence et l'intensité va alors augmenter jusqu'à ce que parfois la femme décide sous les coups. Les victimes de violences conjugales ont souvent beaucoup de difficulté à sortir de ce genre de relations parfois du fait du tabou et de

volonté de l'entourage de garder la situation sous couvert mais aussi de la nature délicate d'une relation dépendante [3].

Les violences physiques comprennent aussi les violences sexuelles qui vont souvent de pair dans ce genre de relations abusives. Les violences sexuelles sont sûrement la première chose à laquelle on pense au sujet des violences faites aux femmes. Contrairement à l'imaginaire collectif les violences sexuelles prennent place le plus souvent dans l'enceinte de la famille ou par un partenaire régulier, bien loin de l'idée que l'on se fait d'une femme isolée la nuit dans la rue agressée par un parfait inconnu à cause d'une tenue trop dénudée. En effet, on estime que 80% des viols sont commis par un proche [4]. Le viol reste un sujet particulièrement sensible, le taux des condamnations pour viol et agressions sexuelles par rapport au taux de violences sexuelles estimées reste particulièrement faible.

L'influence de la famille peut être un facteur déterminant dans la prise de parole d'une victime particulièrement si le violeur est un membre de ladite de famille (15% des viols sont perpétrés par un membre de la famille) et si la victime est mineure (57% des viols sont commis sur un mineur) [4]. Le viol est un sujet dont on ne parle pas ; c'est un fait privé et ces mécanismes forcent les victimes à se taire et le nombre de plaintes déposées est estimé très inférieur par rapport aux crimes.

Les victimes font face à un autre problème majeur dans leur démarche de reconnaissance, le viol est un crime difficile à prouver à moins que les preuves soient recoltées directement. Les victimes éprouvent beaucoup de difficultés à faire entendre leur plaintes et encore plus à obtenir gain de cause face à la justice. Beaucoup de femmes finissent par abandonner la procédure dues aux difficultés qu'elle éprouvait à se faire entendre. La sphère sociale à tendance à diaboliser les victimes également,

peignant le tableau d'une soi-disant victime voulant porter atteinte à l'honneur d'un homme par rétribution ou simplement pour lui faire du mal et détruire sa famille.

Les mœurs continuent cependant d'évoluer. Récemment avec l'avènement du mouvement "Me Too" sur les réseaux sociaux, les langues se délient et des milliers de femmes (et d'hommes) ont pris la parole pour dénoncer les violences sexuelles qu'elles ont subies et l'impunité des violeurs qui sont libres et qui continuent de récidiver. On a pu y observer que les hommes en position de pouvoir avaient une tendance à agresser des femmes et à utiliser leur influence pour empêcher les femmes de parler.

Les violences psychologiques sont également une partie importante de la condition des femmes dans le monde. Ce sont des violences insidieuses qui causent des dégâts émotionnels importants à l'instar des violences physiques et peuvent plonger les victimes dans des états dépressifs, voire suicidaires.

L'humiliation, les insultes, le mépris, les menaces et chantages font tous partie des principaux éléments des violences retrouvés dans le couple. Ils font partie d'un mécanisme élaboré d'emprise (parfois inconscient par exemple par reproduction des schémas vécus ou appris dans l'enfance) visant à priver la victime de son indépendance et de son estime d'elle-même pour la rendre complètement malléable. Le bourreau s'approprie alors la victime et vise à contrôler tous les aspects de sa vie (ses habits, ses fréquentations, sa famille, son travail, ses sorties, etc...). Ces violences sont souvent, mais pas tout le temps, accompagnées de violences physiques. La victime est alors en total état de soumission par rapport à son bourreau [5].

Ce schéma est particulièrement appliqué aux femmes à causé de la misogynie parfois inconsciente implantée dans la société et un système où l'homme domine qui leur permet d'avoir lieu.

Elles s'accompagnent souvent également d'une violence économique et patrimoniale. Le bourreau est alors seul ou principal responsable des finances de couple ; la femme ne travaille pas ou peu et gagne beaucoup moins que son conjoint. Il tient alors le pouvoir économique rendant la fuite impossible ou très difficile pour la victime.

Ces violences ne font qu'accroître lorsque la victime a des enfants. Ils sont souvent utilisés comme outils de chantage pour forcer les femmes à rester dans cette situation, que ce soit par le bourreau ou par l'entourage de la femme.

Du côté de la société, les violences se concentrent principalement sur l'apparence des femmes et leur mode de vie.

Les diktats de la minceur et de la beauté rappellent jusqu'aujourd'hui leur position de trophée. Une femme doit toujours être jolie, propre, appretée, élégante. Le modèle de la femme blanche mince et sans imperfection est pris comme modèle entraînant les femmes à poursuivre des régimes au détriment de leur santé et à dépenser de l'argent en produits de beauté pour tenter d'atteindre un idéal impossible. Lorsqu'une femme devient mère, toutes les occasions son bonnes pour lui rappeler qu'elle ne fait pas assez et les exigences pour être un bon parent son principalement centrées sur la mère. C'est le centre de la charge mentale pour une femme qui doit le plus souvent jongler entre l'entretien de la maison, les enfants, son travail et sa vie de couple, laissant souvent très peu de temps pour une vie personnelle. Cela entraîne souvent un manque de confiance en soi pour la femme.

Les personnes trans féminines (personnes assignées au sexe masculin à la naissance et s'identifiant comme femmes) mais aussi les personnes ne s'identifiant pas comme femme qui sont perçues comme femme peuvent subir certaines ou toutes les oppressions et violences mentionnées précédemment mais subissent aussi des violences qui sont propres à leur identité de genre perçue comme atypiques.

Le taux de violences sexuelles envers les personnes trans est encore plus élevé que pour les personnes cisgenre (environ 47% des personnes transgenre auraient subi une agression sexuelle à un moment de leur vie) [6]. Ces chiffres sont expliqués par des phénomènes de fétichisation et la marginalisation de ces personnes rend l'environnement propice à ses abus. Les personnes transgenres subissent également beaucoup d'agressions de rue lorsqu'elles sont reconnues en tant que trans, c'est la transphobie.

Les personnes trans féminines subissent une discrimination supplémentaire par rapport aux autres type de personnes trans et non binaire car la misogynie s'ajoute à la transphobie et crée une oppression unique envers ce groupe de personne: la transmysogynie.

Cette oppression peut être expliquée par le modèle de masculinité toxique qui rejete tout ce qui est féminin et les agresseurs ne peuvent pas comprendre pourquoi un homme souhaiterait devenir une femme et vivre en tant que telle [7].

En conclusion, les violences subies par les femmes et les personnes s'identifiant comme femmes sont nombreuses et diversifiées. Elles touchent tout les pays et tous les milieux de vie même si elles varient en nature et en intensité en fonction des indices économiques et de la condition de la femme dans le pays. Les moeurs sont cependant en constant changement et avec le travail des féministes et alliés féministes nous espérons voir les

futures générations de femmes s'épanouir et jouir des mêmes droits et privilèges que leurs compatriotes masculins

### **Bibliographie**

[1] Updated estimates show 1.4 million adults identify as transgender in the US, doubling estimates from a decade ago, For Immediate Distribution, June 30, 2016

<https://williamsinstitute.law.ucla.edu/press/press-releases/updated-estimates-show-1-4-million-adults-identify-as-transgender-in-the-us-doubling-estimates-from-a-decade-ago/>

[2] Organisation mondiale de la Santé, Département de la santé et de la recherche génésiques, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Conseil sud-africain de la recherche médicale (2013). Estimations mondiales et régionales de la violence à l'encontre des femmes : prévalence et conséquences sur la santé de la violence du partenaire intime et de la violence sexuelle exercée par d'autres que le partenaire, p.2. Pour obtenir des informations spécifiques par pays, voir la Base de données mondiale sur la violence à l'égard des femmes d'ONU Femmes

[3] Ronai, Ernestine, Durand, Edouard, *Violences Conjugale le droit d'être protégé*, Collection : Santé Social, Dunod Nov 2017

[4] Ch.B., « Harcèlement sexuel : Chez Viol Femmes Info, le standard explose », Le Parisien, 17 octobre 2017

[5] Chamberland, Claire, 2003 *Violence parentale et violence conjugale: des réalités plurielles, multidimensionnelles et interreliées*, PUQ

[6] 2015 U.S. Transgender Survey Report <https://vawnet.org/material/2015-us-transgender-survey-report>

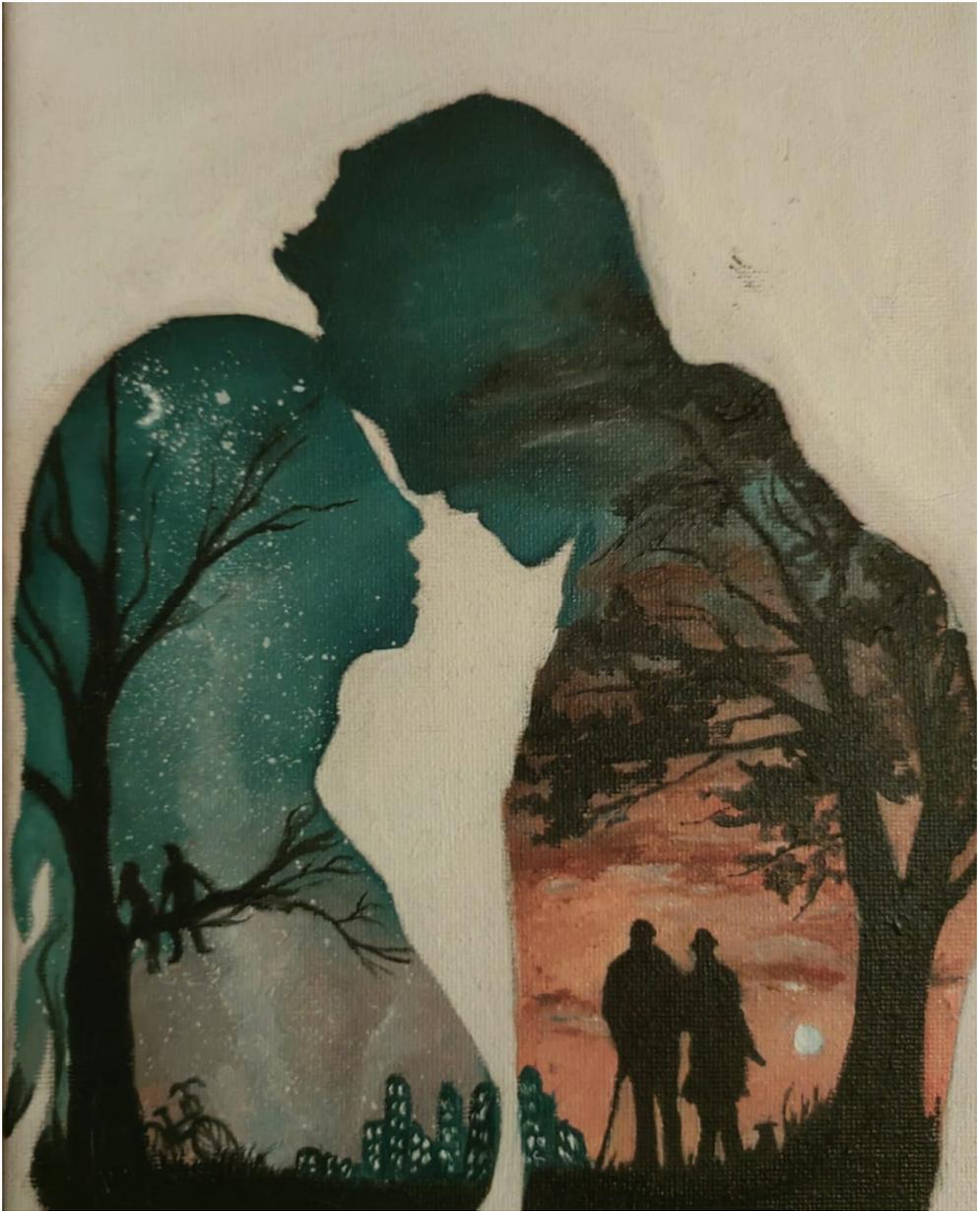
[7] Arayasirikul, Sean; Wilson, Erin C. (2018). "Spilling the T on Trans-Misogyny and Microaggressions: An Intersectional Oppression and Social Process Among Trans Women". *Journal of Homosexuality*. 66 (10): 1415–1438.

**ENTRE CARRIERE ET MARIAGE, QUI ET QUOI  
CHOISIR AUJOURD'HUI ?**

«Le pas du flamant divisé; les déterminants de la fidélité sociale ...»

Frank Cézilly,

*Le paradoxe de l'hippocampe. Une histoire naturelle de la monogamie*



**Manuela Narcisa POPESCU** : *Watching through windows*

# LES OBJECTIFS DE VIE

**Aziz BELLAAJ**

Les « objectifs de vie » sont des objectifs motivants qui orientent nos vies durant une large période de temps. En effet, les gens qui poursuivent une vision, se sentent plus heureux et plus épanouis que celles qui n'en ont pas.

Effectivement, les objectifs de vie donnent un sens à notre vie, une raison d'être. Ils éclairent en même temps nos actions quotidiennes, orientent l'acquisition des nouvelles connaissances et nous permettent d'abriter notre temps vers une finalité qui nous aspire.

Parmi les principaux objectifs de vie, on peut citer la carrière professionnelle et le mariage. Néanmoins, ces deux objectifs étroitement liés, posent généralement certains problèmes depuis plusieurs décennies et poussent l'homme ou surtout la femme à sacrifier l'un en faveur de l'autre.

C'est pourquoi, nous pouvons s'interroger qui et quoi choisir entre carrière et mariage ? Pourquoi la femme est plus défavorisée ?

Peut-on réussir sa vie personnelle sans avoir à sacrifier sa carrière professionnelle ?

Faut-il finalement favoriser un objectif de vie à un autre ?

Le dilemme *amour et travail* pose généralement de nombreux problèmes aux jeunes couples. Ce qui les pousse à arrêter leur relation ou oblige la femme à sacrifier ses ambitions dans le but de construire une famille équilibrée et avoir des enfants. Même dans les pays les plus égalitaires au monde, les femmes paient un lourd tribut à leur succès

professionnel. Alors que mener une carrière enrichissante et une vie familiale épanouie est un objectif pour bien de personnes, pour les femmes, les obstacles sont plus importants que pour les hommes. En effet, les femmes paient le prix fort pour réussir dans leur carrière, Être promue à un poste de premier plan en politique ou dans le monde des affaires augmente considérablement le taux de divorce pour les femmes.

Tout d'abord, il faut savoir que dans notre vie, nous avons tendance à viser très haut et à rêver depuis notre enfance à devenir médecin ou avocat, à côtoyer les grandes écoles dans le but de devenir quelqu'un et s'imposer dans la société.

Devenir quelqu'un, c'est se construire une route et se forger en tant que tel en choisissant la voie qui nous paraît plus clairvoyante.

De son côté, en plus de représenter l'amour entre deux personnes, le mariage est un réel engagement dans une vie commune qui implique des droits et des obligations, qu'il s'agisse de la fidélité, le partage des biens et surtout la solidarité.

Comme on vient de l'évoquer avant, c'est la femme qui doit faire le choix. C'est avec le cœur lourd que les étudiantes diplômées quittent leurs universités, déchirées entre l'incertitude de leur carrière professionnelle et le destin de leurs amours. Donc, de nombreuses étudiantes font face à ce dilemme, se décidant soit pour un emploi prestigieux et exigeant, soit pour un salaire plus faible dans une société moins prestigieuse. Mais, le choix des femmes diffèrent de pays en pays et de culture en culture. Par exemple, en chine, parmi les diplômées interrogées sur leur choix entre carrière et mariage, 85% ont répondu qu'elles préféreraient se séparer de leurs partenaires et de se concentrer sur leur carrière, alors que seulement 10% mettraient leurs vies privées au premier plan. Ces statistiques ont été

obtenues grâce à une enquête menée en 2005 au sein de l'École normale de Zhengzhou ( une ville située dans le centre de la Chine). L'enquête a collecté 3192 questionnaires auprès de diplômés issus de trois campus universitaire à Zhengzhou [1].

Contrairement à la Chine, au Maroc et aux pays de cultures arabes en général, la femme favorise le mariage à ses ambitions professionnelles. Elles sont même incitées par leurs familles à se marier qu'à continuer leurs études. Cette vision assez restreinte est souvent argumentée par le fait que la tâche principale d'une femme est de se sacrifier pour sa famille.

Malheureusement, la plupart du temps, la femme doit laisser de côté le projet professionnelle et doit s'occuper de ses enfants et de son mari, qui lui, selon la société dans laquelle on vit, son rôle se résume principalement en deux mots « argent et travail ». C'est vrai que la femme (arabe) travaille de nos jours et font parties des élites de la sociétés mais si on leur demande « est-ce que vous avez sacrifié vos rêves et vos ambitions au dépend de votre famille ? », vous trouverez que presque la totalité vont répondre par un « oui ». Les femmes ont tendance à se sacrifier rien que pour leur famille, leur mari et leurs enfants. Sa tendresse et sa maturité l'obligent à penser aux autres avant qu'elle ne pense à elle. Et je trouve que cette idée est bien abordée par le site FDM «Femmes du Maroc» qui posent cette problématiques à plusieurs femmes marocaines [2]:

*“Le choix d'une carrière dans la haute technologie demande à la femme de faire un pas vers l'inconnu. Celle qui se lance dans un métier scientifique doit vraiment aimer relever les défis. Pour un homme, c'est une profession traditionnelle. Quant aux femmes à la tête de grandes entreprises industrielles, elles doivent encore prouver qu'elles sont qualifiées pour être des chefs de file. Elles sont toujours l'objet de critiques bien plus sévères que les hommes au moindre petit faux pas. Si j'ai pu embrasser une carrière*

*scientifique et aller jusqu'au bout de mon ambition, c'est que j'ai eu l'immense chance d'être accompagnée par un époux amoureux (rires). Issu lui aussi du même bastion, il m'a apporté soutien et admiration. Autrement, j'aurais été comme de nombreuses copines de promo, contraintes de faire le deuil soit d'une belle carrière, soit d'une vie conjugale et familiale épanouie.» [2]*

Ainsi s'exprime Wafae, 48 ans. En effet, le site évoqué précédemment dénonce un autre point très important et qui me paraît encore plus discriminatoire et qui est le fait de se marier jeune qui reste selon plusieurs statistiques fournies par la page internet « Références » [3] bon pour la carrière des hommes et non pas celle des femmes. En effet, se marier dans les vingtaine serait une bonne décision professionnelle pour les hommes, mais pas pour les femmes selon une étude menée par l'université de Virginie.

*«Ce qui est surprenant, c'est que les hommes et les femmes ne sont ici pas logés à la même enseigne. En effet, les femmes qui ont décidé de se marier plus tard gagnent plus d'argent que celles qui ont eu la bague au doigt dans leur vingtaine... D'après l'enquête de l'Université de Virginie, vers l'âge de 35 ans, les femmes diplômées qui se sont mariées dans leur trentaine gagnent 56% de plus que celles qui ont choisi de se marier 10 ans plus tôt.*

*Mais pour les hommes, c'est l'inverse. Ceux qui se marient dans la vingtaine (peu importe leur niveau d'éducation) gagnent en moyenne plus que ceux qui se sont mariés après.»*

Mais pourquoi ce n'est pas pareil que les hommes ?

Plusieurs pistes de réponses peuvent être envisagées. Les chercheurs pointent le fait que les hommes peuvent être plus productifs après un mariage car ils sont installés et plus sûrs d'eux-mêmes comparés aux

hommes célibataires. On peut bien se figurer qu'après leur mariage, il y a des femmes qui cessent de travailler pour s'occuper de la famille, fait qui rend possible à leur mari de s'investir totalement dans la profession. Cette théorie est très fréquente dans notre domaine qui est la médecine et qui obligent la majorité des étudiantes en médecine de soit ne pas suivre une spécialité (donc rester en tant médecin de famille), ou faire une spécialité assez courte.

Mais, selon le moi le dilemme mariage carrière est un faux dilemme, qui ne doit pas exister.

Et malheureusement, le faux dilemme entre réussite professionnelle et personnelle pousse les femmes à choisir entre ces deux propositions. Mais le partenaire doit être un appui. La compétition professionnelle ne doit pas s'installer dans le foyer.

A mon avis ce sont les stéréotypes de couple qui perdurent ce faux dilemme. Par exemple, lorsqu'une femme épouse un homme riche qui a tout réussi et qui gagne plus qu'elle, tout le monde félicitera l'homme pour son magnifique mariage. Au contraire, quand c'est la femme qui est reconnue et respectée dans son travail, il y aura toujours une question sur le malheureux mari qui s'est mis sous la pantoufle de sa femme.

Sans aucun doute, ces contraintes sociales posent encore de nombreux problèmes à l'harmonie dans le couple, à l'épanouissement de l'individu sur le plan personnel et professionnel. Des personnes stéréotypées rendent la vie difficile aux personnes qui ont du bon sens et du respect pour l'autre.

La lutte pour le pouvoir dans le couple est néfaste à tous points de vue. Lorsque l'homme perd le contrôle et, implicitement, croit-il, la suprématie sur la manière dont la famille se procure et gère les biens, les

relations amoureuses se compliquent et se fragilisent. Les hommes peuvent éprouver un ressentiment envers leur partenaire pour les avoir pris leur importance. Les femmes peuvent en vouloir à leur mari de ne pas supporter la charge financière ou elles peuvent se sentir coupables de réussir mieux que leurs maris. Selon la croyance dominante dans société contemporaine, c'est celui qui possède l'argent, donc le pouvoir dans un couple va en prendre le dessus.

Or, c'est en créant une situation familiale complémentaire et non pas en compétition avec notre projet professionnel que nous pouvons réussir à réconcilier le travail avec les responsabilités familiales.

Et donc le soutien du partenaire et la solidarité entre les deux membres du couple sont la solution pour vaincre ce faux dilemme. On retrouve dans la page internet « Madame Figaro » [4] qui a interviewé « Odile Panciatici », directrice de l'ingénierie véhicule chez Renault, prix de la femme de l'industrie 2014.

Durant son interview Odile explique clairement la clé de sa réussite :

*«Journaliste : Comment votre conjoint et vous-même avez-vous réussi à concilier carrières et vie de famille ?*

*Odyle : Quand mes deux filles étaient petites, mon mari et moi nous sommes organisés pour qu'il y ait toujours quelqu'un qui les garde et aille les chercher à l'école. Le matin, c'était lui, et en fin de journée, c'était mon tour. Je m'occupais d'elles jusqu'à ce qu'elles soient couchées, vers 21 heures, et après, je continuais ma vie pro. J'ai cette grande chance de me satisfaire de cinq ou six heures de sommeil par nuit. C'est un avantage énorme. Une fois, j'ai fait la comparaison avec une amie qui a besoin de 10 heures chaque nuit. À quarante ans, j'avais gagné trois ans de vie active. Il est difficile d'avoir une carrière riche si on a besoin de beaucoup de sommeil.*

*Journaliste : Votre carrière aurait-elle été la même sans votre conjoint ?*

Odyle : *Ma carrière aurait été possible, mais ma vie n'aurait pas été la même. Je n'aurais pas pu avoir des enfants dans les mêmes conditions. La carrière, c'est un engagement qu'on prend à deux. À chaque fois qu'il faut faire des choix, la décision se prend en famille.* » [4]

En conclusion, le dilemme mariage carrière professionnelle est finalement un faux dilemme qui depuis plusieurs décennies condamnent les femmes à renoncer à leurs rêves afin de préserver sa famille et se sacrifier en faveur de son mari et de ses enfants.

Or, la solution est simple et reste à la portée de tout le monde c'est la solidarité et le sacrifice de chacun envers l'autre. Et comme l'a dit Odyle :

« À chaque fois qu'il faut faire des choix, la décision se prend en famille. » [4]

#### **Références :**

- [1] Xhinua, <http://french.peopledaily.com.cn/VieSociale/3514594.html>
- [2] FDM, <http://femmesdumaroc.com/couple/conjoint-ou-carriere-faut-il-choisir-862>
- [3] <https://referenc.es.lesoir.be/article/se-marier-jeune-bon-pour-la-carriere-des-hommes-pas-celle-des-femmes/>
- [4] <https://madame.lefigaro.fr/societe/une-carriere-avec-ou-sans-conjoint-180615-97055>

# ETRE MÉDECIN

Naomi POESIS

## Introduction

Même si l'humanité a toujours usé de différents breuvages et remèdes à base de plantes et d'animaux, c'est véritablement au Ve siècle avant J.C. qu'apparaît la première pensée objective sur les phénomènes pathologiques. Cette pratique ayant pour but de rejeter au maximum la religion pour se concentrer sur les causes naturelles se concrétisera par la suite avec la création de véritables écoles permettant l'apprentissage de techniques de soins élaborées. C'est à cette époque que le serment d'Hippocrate fut créé en référence au savant ayant permis une vision de la santé en avance sur son temps.

De sa création estimée au Ve siècle avant notre ère jusqu'au XIXe siècle, les femmes ont été exclues de cette profession jugée comme nécessitant des « qualités viriles » comme nous pouvons le voir dans la citation suivante :

*« Pour être médecin il faut avoir une intelligence ouverte et prompte, une instruction solide et variée, un caractère sérieux et ferme, un grand sang-froid, un mélange de bonté et d'énergie, un empire complet sur toutes ses sensations, une vigueur morale, et au besoin, une force musculaire. (...) Ne sont-elles pas au contraire de la nature féminine. » [1]*

Comme nous pouvons le constater, les mentalités ont aujourd'hui évolué mais la pratique de la médecine par les femmes peut être considérée

comme quelque chose de récent dans nos sociétés. Dans notre monde actuel, la répartition des femmes dans la médecine moderne est équivalente à celle des hommes. Nous pouvons alors nous poser la question des différences dans l'exercice de la profession et un possible choix qui pourrait s'en dégager pour les patients.

Notre essai va donc se concentrer sur les différences entre les médecins hommes et femmes en trois différents points. Dans une première partie, nous allons expliciter la répartition entre hommes et femmes dans l'univers médical en nous basant sur des données précises pour ensuite dans une seconde partie analyser les disparités entre leurs pratiques pouvant amener à une préférence selon le contexte. Enfin, nous concluons cet essai sur les différentes possibilités à l'avenir dans l'évolution de la prise en charge des patients plus personnalisée.

### **Une répartition de spécialités différentes**

Dans cette partie, nous allons expliciter à l'aide de chiffres et de témoignages. Si aujourd'hui la place de la femme dans le domaine médical peut être considérée comme égale à celle de l'homme, il subsiste cependant des différences dans les spécialisations et les secteurs. Il est intéressant de noter qu'en 2021, la part de médecin généralistes féminin s'élève à 65% dans le monde [2]. D'autres spécialités comme la chirurgie sont plus désertées mais la tendance générale montre une évolution exponentielle du nombre de femme. Un patient voulant faire le choix de son médecin aura donc plus de difficultés en fonction du domaine sollicité en cherchant une femme plutôt qu'un homme et vice-versa.

La question d'écart des salaires ne sera pas relevée dans notre essai, mais à titre informatif, une femme médecin toucherait environ 30% moins qu'un homme dans le libéral et dans le monde hospitalier.

Afin d'expliquer ces différences, nous allons voir dans une seconde partie la pratique différente de la médecine en fonction du genre pouvant justifier un choix différencié entre un médecin homme ou femme.

## **Une pratique de la médecine modifiée**

*« Les hommes médecins sont plus centrés sur la pathologie, les femmes vont prendre en charge l'individu et son environnement. Elles vont tenir compte de toutes les facettes de la personnalité qui est en face d'elles » [3]*

Cette citation très explicite de Nicole Bez, médecin généraliste et chargée de mission femmes médecins MG France nous donne une piste quant à la prise en charge par un médecin femme. En effet, une étude de *Statista* [4] nous montre que la durée de consultations des femmes serait plus longue que celle des hommes avec l'accent porté sur une explication plus précise du traitement et de la maladie du patient. La proportion de prescriptions de médicaments recommandés et d'examen requis est aussi plus importante. Le bien-être ainsi que la santé des malades prennent donc une place prépondérante dans le diagnostic afin de proposer un soin amélioré et plus doux.

Le patient n'est donc pas vu simplement comme un malade ou un sujet d'étude mais bien comme un individu avec des ressentis et de potentielles angoisses. Lors des consultations, une femme médecin aura tendance à adopter un style de communication plus chaleureux, encourageant

une participation active avec le patient (qui a tendance par ailleurs à poser plus de questions sur sa maladie ou plus communiquer sur son quotidien). En moyenne, les patients consultants des médecins femme ont tendance à être plus exigeants, souhaitant par exemple un suivi plus personnel et régulier [5].

Nous voyons que sur de nombreux points la pratique de la médecine diffère en fonction du sexe avec une communication plus poussée et humaines pour les médecins femmes contre une pratique plus traditionnelle et directe pour leurs homologues masculins. En poursuivant cette logique, nous allons voir dans notre dernière partie les raisons qui pourrait pousser un patient à se diriger vers un médecin homme plutôt que femme et inversement sur les plan sociaux, religieux ou bien intimes.

### **Un choix en accord avec les besoins du patient**

Comme nous avons pu l'évoquer précédemment, un potentiel choix d'un médecin homme ou femme afin de traiter une maladie s'ancre dans un ensemble de paramètres comme le déroulé différent de la consultation, le domaine ou bien une préférence personnelle. Nous pouvons parler en premier point de l'aspect intime que certains patients peuvent éprouver.

A ceci s'ajoute une potentielle préférence liée à la religion du patient se refusant de consulter une femme médecin en se concentrant uniquement sur l'homme. Il est intéressant de préciser ici que le choix du médecin en fonction de son genre n'est pas systématiquement possible dans un grand nombre de cas (exemple du cadre hospitalier ou bien des maisons de santé). Enfin, une préférence peut aussi être dû à un choix personnel sans obligation de justification précise lié par exemple à la disponibilité de médecins dans sa région ou bien une absence totale de préférence.

## Conclusion

Depuis leur apparition dans le monde de la médecine, les femmes ont pu s'épanouir et prendre part au soin. Même si des disparités persistent la part de médecins femmes dans le monde devient de plus en plus élevée. Le choix entre un médecin homme ou femme peut se baser sur un grand nombre de critères expliqués dans notre essai comme une consultation plus douce et chaleureuse pour les femmes contre une explication plus directe pour les hommes. Ce choix peut aussi se faire pour des raisons d'intimité comme pour les domaines de la gynécologie ou bien de l'urologie. Les aspects religieux et culturels sont aussi à prendre en compte bien que négligeables en comparaison à d'autres critères.

Le choix final revient au patient qui pourra dans les années à venir (grâce notamment aux prises de rendez-vous en distanciel) adapter ses consultations en fonction de ses attentes et envies pour son suivi médical.

## Bibliographie

- [1] Richelot, G. *La femme-médecin*, Paris : E. Dentu, 1875, p.43 et suiv.
- [2] Chiffres de l'INSEE, 2017, <https://www.insee.fr/fr/information/4467366>
- [3] Nicole Bez, interview au *Figaro Santé*, <https://sante.lefigaro.fr/>
- [4] Chiffres de Statista, 2018, <https://www.eea.europa.eu/.../indicators/use-of-freshwater-resources-3/statista-2018>
- [5] Dr. Gaëtan Cousin Marianne Schmid Mast, *Genre et médecine*, 2010
- [6] Baumhäkel M, Müller U, Böhm M. "Influence of gender of physicians and patients on guideline-recommended treatment of chronic heart failure in a cross-sectional study"  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19158153/>

# **ACCÈS À L'ENSEIGNEMENT UNIVERSITAIRE SELON LE GENRE. UNE VISION COMPARATIVE DU MONDE CONTEMPORAIN**

**Laura ZOLDOS**

Pour appréhender la question du genre dans l'accès à l'enseignement universitaire il est nécessaire d'en définir les termes. Le genre a un lien avec le sexe biologique (masculin ou féminin), mais par le genre on entend les caractéristiques qui distinguent les individus, il englobe donc les processus de construction sociale et culturelle des identités féminine et masculine, et ceux des rapports sociaux entre les sexes. Le genre à lui seul, ou en association avec le sexe et d'autres facteurs (comme l'âge, et le handicap par exemple) (par le phénomène d'intersectionnalité/ entrecroisement) est un déterminant des inégalités.

Ainsi, on peut se demander: existe-t-il un accès différent à l'enseignement supérieur selon le genre ?

Nous débiterons cette argumentation par l'exposition des inégalités de genre que l'on peut rencontrer dans l'enseignement supérieur. Ensuite, nous nous pencherons sur l'évolution de ces inégalités dans les établissements de l'enseignement supérieur. Enfin, nous discuterons de la vision comparative du monde contemporain entre

« le retour des femmes dans la médecine au 21e siècle et la dialogue santé contemporain ».

L'égalité de genre est définie comme un équilibre entre

« l'égalité des droits, des responsabilités et des chances entre tous. Elle est le fondement nécessaire d'un monde durable, pacifique, prospère et sain où personne n'est laissé de côté » [1].

Lorsque cet équilibre est rompu, nous pouvons ainsi parler d'inégalités de genre. Ce type d'inégalités sociales se retrouve dans beaucoup de domaines. À présent, nous allons parler, de l'accès à l'enseignement supérieur selon le genre. En se référant aux chiffres, on remarque tout d'abord que les femmes étudient plus que les hommes, en effet :

« 58.4% des étudiants à l'Université sont des filles (d'après une étude de l'*Observatoire* des inégalités en 2017). De plus, les filles s'avèrent généralement plus méritantes et persévérantes que les hommes, 47% des femmes ont terminé leurs études supérieures avec succès contre 33% des hommes (d'après une étude du Ministère de l'enseignement supérieur datant de 2020) » [2].

Des chercheurs de Statistique Canada ont tenté d'expliquer cet écart important entre les hommes et les femmes. En établissant le profil des filles et des garçons de la naissance jusqu'à 15 ans, ils soulignent qu'en général, dès le début, les garçons accusent un certain retard par rapport aux filles dans plusieurs aspects physiques, cognitifs et affectifs. À mesure que les jeunes progressent dans le système scolaire, les écarts entre les sexes ont tendance à s'accroître. À 15 ans, moment où bien des jeunes commencent à envisager les avenues possibles après le secondaire, les filles ont un bien meilleur rendement scolaire que les garçons. Par ordre d'importance, les

principaux facteurs sont les différences dans : les notes scolaires obtenues à 15 ans, le temps consacré aux devoirs, les attentes des parents et les gains supérieurs associés à un diplôme universitaire comparativement à un diplôme d'études secondaires [3].

Si le devenir professionnel des jeunes est très lié à leur niveau de diplôme, il dépend aussi beaucoup des filières de formation et des spécialités choisies. Filles comme garçons continuent d'emprunter des cursus encore très genrés. Les jeunes filles peinent à sortir des schémas sociétaux et à se positionner sur des parcours plus prometteurs en termes d'avenir professionnel.

Ainsi malgré l'aspect moral et économique d'une nécessité impérieuse de baisse des inégalités de genre, les résultats parlent sur les difficultés rencontrées dans toutes les couches sociales et culturelles, qu'elles soient françaises ou pas. En 2013, le ministère de l'Éducation nationale déclara :

« ... le poids et la complexité des facteurs internes qui influencent les rapports de genre et sont susceptibles de créer, maintenir ou renforcer les inégalités, sont de telle ampleur que les politiques conduites avec ténacité depuis plusieurs décennies parviennent bien difficilement à faire bouger les lignes » [4].

En 1875, à l'âge de 33 ans, Madeleine Brès, fut la première française docteur en médecine. Cela va à l'encontre des pensées et des mœurs de l'époque où la femme est de nature dans l'incapacité physique, esthétique et psychologique d'exercer la médecine. Mais, d'autres pensées émergent affirmant qu'étant une femme et grâce à ses qualités gestationnelles et maternelles, elle a pour vocation de soigner. Aujourd'hui, en France, la

place des femmes médecins à évolué. En effet, 44 % des médecins français sont des femmes. Une belle évolution quand on sait qu'en 1913, la part des femmes docteur en médecine était de 6% seulement. Mais on remarque la femme médecin dans les postes à responsabilités il subsiste des inégalités de genre (par exemple on note : 11 femmes sur 63 sont chef de service, 3 femmes sur 11 sont chef de pôle, 3 femmes sur 47 sont doyennes de facultés de médecine...). Pour une femme médecin il vraiment vital de pouvoir concilier sa vie privée et la profession, mais aussi d'assurer à sa famille des revenus stables. Pour cette raison, la femme médecin se tourne plus que les hommes vers des postes en salariat. L'hôpital est l'établissement le plus cherché. De nombreuses femmes docteur en médecine privilégient également les emplois à temps partiel afin d'assurer leur salaire tout en passant du temps avec leurs enfants et leur famille. De plus, la femme médecin n'aborde pas les patients de la même façon que ses confrères masculins.

**Hommes médecins.** Si aujourd'hui la place de la femme dans le domaine médical nous permet de la considérer égale à l'homme, cela n'a pas toujours été le cas [5].

Ainsi on peut dire, que la prise en compte des inégalités de genre dans l'enseignement universitaire depuis la fin des années 1980 en France a évolué, en effet les mœurs et les mentalités évoluent, mais cependant du chemin reste à parcourir dans la lutte contre ces inégalités de genre.

Nous pouvons ouvrir ce sujet, sur les inégalités qui persistent dans la période post universitaire. En effet, les inégalités salariales se font ressentir entre les deux genres. En 2014, dans les hôpitaux publics, les femmes docteur en médecine touchaient 15,6 % de moins que leurs confrères

masculins. Et selon l'*Insee*, les femmes médecins généralistes percevaient en 2017, 37 % de moins que leurs confrères masculins avec un temps hebdomadaire seulement inférieur de 15 % [5].

### **Bibliographie**

- [1] Rédigé par l'OMS, en 2028, disponible sur : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/gender>
- [2] Rédigé par Maryam Orion, en 2020, disponible sur : <https://laruche.wizbii.com/inegalites-hommes-femmes-dans-l-enseignement-superieur-on-fait-le-point>
- [3] Rédigé par Marc Frenette et Klarka Zeman, en 2007, disponible sur : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/catalogue/11F0019M2007303>
- [4] Rédigé par Magali Jaoul-Grammare, en 2018, disponible sur : <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01831801/document>
- [5] Publié par RemplaFrance, en 2021, disponible sur : <https://remplafrance.com/blog/femmes-medecins-france>

# NAISSANCES, AVORTEMENTS, DÉCÉS PROGRAMMÉS

*«La médecine, c'est bien sur la vie,  
mais c'est aussi souvent, hélas, la mort »*

Dr. Frédéric Fontaine



Manuela Narcisa **POPESCU**: *Symphony of life*

# A BIEN RÉFLÉCHIR

**Jabou YOURS**

Depuis plusieurs années, le sujet de l'avortement a été la cible de plusieurs controverses, sans aucun terrain d'entente entre les deux arguments: la vie contre la mort. L'avortement est défini comme l'interruption prématurée de la grossesse. C'est alors normal que plusieurs personnes s'y opposent en déclarent que l'exécution de cet acte c'est tuer un être vivant. D'autres disent que l'opposition à l'avortement signifie une opposition aux droits des femmes de choisir et d'être en contrôle de son propre corps. Malheureusement, ce débat ne se limite pas aux couples concernés, mais il s'étend à des lois d'Etat qui limitent nos options. On se trouve alors à demander : un fœtus est-il un être vivant ? Les lois d'avortement devraient-elles exister, ou avoir des exceptions ? Quels autres moyens de prévention sont possibles pour éviter cette situation ?

L'individualité d'un être vivant est inscrite dans le temps: au moment de sa naissance puis de sa mort. En droit, l'enfant existe par la naissance et à la naissance. Selon l'OMS, l'enfant n'acquiert sa personnalité juridique, soit son droit d'exister, qu'au moment de sa naissance. Tant qu'il est toujours au ventre de sa mère, l'OMS l'assimile à un bien meuble, à un morceau des entrailles de celle-ci. Cependant, en 1984, le Comité consultatif national d'éthique déclare: « l'embryon ou le fœtus doit être reconnu comme une personne humaine potentielle qui est, ou a été vivante et dont le respect s'impose à tous ». Le fœtus n'est donc pas une personne juridique à part entière. Ce statut juridique incertain conduit à la résurgence régulière d'un

débat concernant les problématiques éthiques de l'interruption volontaire de grossesse (IVG) et de l'interruption médicale de grossesse (IMG).

Sur le plan moral, l'avortement suscite des points de vue différents. D'un côté, on retrouve des militants des groupes contre l'avortement, la contraception, l'euthanasie et parfois même la contraception, dénommé mouvement Pro-Vie. Ces militants se basent sur leurs croyances religieuses pour s'opposer à l'avortement. Pour l'Eglise catholique, la vie humaine commence depuis la conception, et par extension le droit à la vie de l'innocent et tuer son enfant ne peut pas être source de liberté ni d'accomplissement personnel. Du coup l'avortement à tout moment est immoral. Pour l'Islam, l'âme entre dans le fœtus dans le 120ème jour, donc l'interruption après ce jour est interdite. Les juifs orthodoxes, quant à eux, s'opposent à l'avortement après le 40ème jour. Il existe dans les religions certaines exceptions qui permettent l'IVG, tels que le viol, l'inceste ou s'il y a un risque pour la mère.

On peut citer parmi les arguments « Pro-Vie » le fait que l'avortement peut être considéré comme une dérogation de la nature même de la femme qui est d'être mère ou encore comme un droit abusif de propriété de la mère sur l'enfant. Ainsi, si les femmes ont le droit de contrôler leur propre corps, elles opposent le droit du géniteur de contrôler le fœtus. On considère que le fœtus ne fait pas partie du corps de la mère mais il en est seulement l'hôte. Par ailleurs, pour ces groupes, l'avortement est un meurtre, un crime du premier degré. Ils se font défenseurs de la vie. Paradoxalement, le parti Pro-Life en Texas, USA, a déclaré en mai 2021 une nouvelle loi qui punit les médecins et les femmes qui pratiquent des avortements, avec des punitions qui peuvent s'élever jusqu'à la peine de mort.

D'un autre côté, on retrouve le groupe « Pro-choix », généralement lié aux mouvements de droits de femmes, qui luttent principalement pour avoir une maternité désirée, pour que les femmes aient une appropriation de leur corps et pour avoir un accès aux moyens de contraception et non seulement au droits à l'avortement (y compris l'opposition aux avortements forcés). Pour les partisans de ce mouvement, l'avortement est un acte individuel dont la décision revient obligatoirement à la femme enceinte, du fait qu'elle soit la principale concernée et la plus profondément affectées par la grossesse et l'avortement. D'autres acteurs (médecin, conjoints...) sont bien évidemment concernés par cette situation et il serait préférable de discuter avec eux concernant ce sujet. En revanche, la décision finale devrait revenir à la femme en question. Il est légitime qu'elle exerce toute seule le pouvoir dans ce champ afin d'éviter les abus de toutes sortes quand il s'agit de leur corps. Certains considèrent cet acte comme un dernier recours lors de situations de viol, lorsque les contraceptifs ont échoué, quand la survie de la mère ou du fœtus n'est pas garantie ou lorsqu'il s'agit d'une incapacité matérielle ou psychologique à élever un enfant. Ça serait cruel d'obliger une victime de viol ou d'abus physiques de mener sa grossesse à terme.

Avoir un enfant reste un choix personnel, qui affecte la vie de la mère premièrement et du père deuxièmement. Il est donc normal d'assumer que le niveau de vie des parents, et surtout des enfants, soit amélioré dans les pays où l'avortement est légal et médicalement encadré. En effet, pouvoir choisir quand et avec qui avoir un enfant permet d'économiser et de planifier afin que ce dernier puisse avoir une vie épanouie et ait accès à une bonne éducation, contrairement aux milliers d'enfants abandonnés à cause de mauvaises circonstances.

Effectivement, les Pro-choix ne sont pas exclusivement pro-avortement. Ils y adhèrent afin de permettre aux femmes d'atteindre une plus grande autonomie et une autodétermination, et pour lutter, sur le plan politique, contre des dangers d'abus et du pouvoir de l'Etat sur l'individu.

Si l'avortement n'est pas considérable pour des causes légales ou religieuses, il est très important d'avoir accès à la planification familiale, soit l'ensemble de moyens permettant d'avoir des naissances programmées.

Les centres de planification ont pour rôle d'informer les femmes et les jeunes filles à propos de la contraception et l'IVG (Interruption Volontaire de la Grossesse), lorsqu'elle est autorisée, et les orienter vers des spécialistes (médecins...). C'est le médecin ou la sage-femme qui pourront déterminer et prescrire la méthode de contraception, que ce soit la pilule, un implant, un stérilet.... Ses prestations varient selon le pays; la Chine instaure en 1979 la politique de l'enfant unique qui contraint les femmes à n'avoir qu'un seul enfant sous peine de sanction financière ou de non reconnaissance des autres enfants par le gouvernement. Cette loi fut abolie en 2015. En France, la planification familiale permet aux mineurs d'avoir un accès facile et gratuit à différents moyens de contraception. Il y a également plusieurs centres accessibles par des mineurs, qui leur permettent d'aborder ces sujets. La plupart des pays africains ne facilitent pas l'accès à ces centres où on a un indice synthétique de fécondité très élevé. Selon le Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies, l'Afrique a le taux le plus élevé de besoins non satisfaits en contraceptifs.

Bien que la plupart des méthodes contraceptives soient conçues pour les femmes, il faut comprendre que la planification familiale concerne également le conjoint/mari. Il faut donc communiquer avec son entourage avant de prendre une décision. Si ce dernier est opposé à la naissance

programmée, cela peut avoir des conséquences quelquefois dramatiques pour la femme.

Mais malheureusement, dans plusieurs pays, la soumission de la femme et la domination du mari font que ce dernier ait une influence majeure en ce qui concerne la prise de contraceptifs. Dans une étude du Women's Studies Project du FHI faite sur 10 pays, on a conclu que le mari joue un rôle primordial dans l'adoption du plan familial. 56% des 400 femmes interrogées à Jakarta ont déclaré que c'était le souhait de leur mari qui prévalait:

*« En tant qu'épouse, je n'ai aucune autorité pour décider par moi-même ».*

Cependant, parmi 360 femmes interrogées à Ujung Pandang, 77% disent que cette décision est prise en commun avec leur époux. Au Nigeria, sur un échantillon de 3 000 ménages, 88% des hommes et 78% des femmes ont estimé que l'avis du mari est le plus important au sein du foyer.

Mis à part cela, les méthodes de contraception ne sont pas toujours efficaces. Leur prévalence chez les femmes mariées en âge de procréer a progressé de 55% en 2000 à 57,1% en 2019. Cette variation s'explique également par la limite des choix des méthodes, l'accès limité (crainte des effets secondaires, barrières culturelles ou religieuses...).

En allant en profondeur sur les prétentions scientifiques de partisans Pro-Vie, nous avons montré que la teneur scientifique de leurs discours n'est qu'un paravent pour leur subjectivité morale. Nous réalisons que le ciment de leurs allégations sur l'avortement est composé d'essentialisme, de réductisme génétique et de mélange entre prescriptions divines et appels à la

nature. Leurs arguments contre l'avortement sont sexistes, mal fondés scientifiquement et imprégnés dans des fondations religieuses et personnelles.

En conclusion, je pense que lorsqu'il s'agit de grossesse et d'avortement, les décisions devraient revenir seulement aux partis concernés, soit les parents qui vont élever l'enfant. Ils devraient avoir le choix d'interrompre la grossesse ou de se conformer à leurs croyances personnelles sans pression du gouvernement. Au contraire, le gouvernement est dans l'obligation de faire en sortes qu'ils puissent faire le choix qui leur convient le plus dans les meilleurs des conditions médicales et sécurisés.

#### **Bibliographie :**

- [1][https://fr.wikipedia.org/wiki/Personne\\_physique\\_en\\_droit\\_fran%C3%A7ais#Acquisition\\_de\\_la\\_personnalit%C3%A9](https://fr.wikipedia.org/wiki/Personne_physique_en_droit_fran%C3%A7ais#Acquisition_de_la_personnalit%C3%A9)
- [2] [https://www.reussirmavie.net/Bioethique-l-embryon-est-il-une-personne\\_a602.html](https://www.reussirmavie.net/Bioethique-l-embryon-est-il-une-personne_a602.html)
- [3] [https://www.persee.fr/doc/ds\\_0378-7931\\_1990\\_num\\_14\\_4\\_1204](https://www.persee.fr/doc/ds_0378-7931_1990_num_14_4_1204)
- [4] [https://fr.wikipedia.org/wiki/Mouvement\\_pro-choix](https://fr.wikipedia.org/wiki/Mouvement_pro-choix)
- [5] [https://fr.wikipedia.org/wiki/Planification\\_familiale](https://fr.wikipedia.org/wiki/Planification_familiale)
- [6]<https://www.caducee.net/DossierSpecialises/gyneco-obstetrique/planification-familiale.asp>
- [7] <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>
- [8] [https://fr.wikipedia.org/wiki/Mouvement\\_pro-vie](https://fr.wikipedia.org/wiki/Mouvement_pro-vie)

# TROIS SUJETS TRÈS CONTROVERSÉS

**Lolie JUILLET**

Aujourd'hui nous allons parler de trois sujets très controversés d'actualité. Ces trois sujets contestés par une partie de notre société sont des thèmes qui se rejoignent dans le fond. Effectivement, ils concernent tout trois l'emprise que l'homme porte sur la vie : la naissance ou l'absence de naissance et la mort.

Nous commencerons par parler des moyens de programmations des naissances, telles que la FIV ou encore la césarienne. Par la suite, nous aborderons le sujet inverse, celui de l'avortement. Cette procédure consiste à mettre un terme à une grossesse non volontaire ou médicalement pas viable. Cette thématique est au cœur de polémiques à travers le temps, quelles que soient les sociétés du monde. Enfin, nous aborderons le sujet des décès programmés. Effectivement cela est largement en lien avec l'emprise de l'homme sur la vie. Ce dernier thème achèvera ma présentation.

## **Les naissances programmées :**

Pour commencer, il y a différentes manières de programmer la venue au monde d'un nouvel être humain et différentes raisons de le faire. La femme met au monde des bébés depuis la nuit des temps. Cela est quelque chose d'inné, et non d'acquis. Mais au fil des siècles, grâce à la technologie, la science, l'évolution des mentalités et bien d'autres facteurs, nous pouvons avoir un contrôle partiel sur les naissances à travers le monde.

La naissance d'un bébé n'arrive pas toujours par surprise. Elle peut être programmée, à la demande des futurs parents, pour des raisons personnelles, ou parfois à la demande du médecin, pour des raisons médicales. [1]

Une future maman souhaite parfois fixer la date de la naissance de son enfant. Un moyen pour elle de s'assurer de la présence de son obstétricien, de prévoir la garde des aînés ou encore de permettre au futur papa de se rendre disponible le jour J. Quant aux équipes médicales, certaines encouragent la programmation de l'accouchement systématiquement. Un moyen pour elles de réguler l'emploi du temps des médecins de jour comme de nuit, de désencombrer les salles de travail avec, finalement, moins de stress et plus de sécurité.

Les grossesses sont souvent dictées par la contraception. Lorsque les futurs parents décident qu'il est temps pour eux de devenir responsable d'un bébé, la première démarche (dans la plupart des cas) est d'arrêter la contraception : pilule, implant, stérilet, préservatifs... Ce procédé permet d'avoir un contrôle sur la période de conception (mois, année...). Après cette première étape, n'en convient qu'à la nature de faire son travail [2].

Si la nature n'a pas décidé d'être aidante, il existe plusieurs autres moyens, non naturels, de tomber enceinte: FIV, implantation embryonnaire... (ou encore une mère porteuse dans certains pays). Ces procédés sont avant tout un moyen scientifique de pallier un trouble médical.

Ainsi, en faisant appel à ce genre de procédures, la fécondation, la grossesse ainsi que l'accouchement seront programmées et surveillées [2].

Une des premières anticipations que les futurs parents peuvent faire sur l'accouchement concerne le lieu. Effectivement, la maman peut décider

d'accoucher à domicile ou encore à l'hôpital. Ce procédé se programme à l'avance dans un cas comme dans l'autre.

En effet, les parents doivent d'abord rencontrer à plusieurs reprises la/le sage-femme / obstétricien qui accompagnera les parents dans ce long voyage qui mènera à terme à la rencontre d'un bébé [3].

Mais les rendez-vous médicaux (presque obligatoires) ne sont pas les seuls moyens de se préparer à la rencontre avec un mini-soi. Il existe énormément de moyens de documentations et d'apprentissage pour devenir parents. Comme des cours de préparation à l'accouchement, ou des ateliers de soins de puéricultures. Il existe beaucoup de moyens de s'informer et de se préparer à un tel bouleversement.

Un autre procédé anticipatif à l'arrivée d'un enfant est le moyen de mise au monde : la césarienne ou la voie basse [4].

En France, une femme sur cinq donne naissance à son enfant par césarienne. La césarienne est une procédure utilisée assez souvent. Ce type d'intervention est réalisé lorsque les conditions, chez la mère ou chez le bébé, ne sont pas favorables à un accouchement par les voies naturelles. Voici un autre exemple de l'avancée technologique de la science, permettant un contrôle supplémentaire sur la vie.

Toutes ces raisons de programmation, de contrôle ou encore de préparation sont, bien entendus, des procédés récents, mais pas inutiles. Ils permettent plus de sécurité pour la santé de l'enfant comme celle de la maman.

Il est vrai que tous ces nouveaux procédés médicaux, révolutionnaires ou inquiétant, sont aujourd'hui présentés comme une nécessité pour la femme afin d'accoucher. Or, nous devons nous rappeler que la vie sur terre date de milliards d'année et que la technologie n'a jamais

eu son mot à dire dans tout ça. Mais attention, avant, le risque d'enfants morts nés était aussi bien plus élevé. Ainsi, que les mères mortes en couche. Alors pour ou contre un contrôle total sur la vie ? Je pense que ce n'est pas une question que l'on doit se poser. Mais plutôt pour ou contre plus de sécurité ? Pour ou contre mettre au monde un bébé en bonne santé, ou malade mais en y étant préparé ? Je pense que ce sont des questions sur lesquelles il est plus censé de débattre [3].

### **Avortement :**

Pour la seconde partie de mon exposé, nous allons parler de l'avortement. L'avortement se définit comme l'interruption du processus de gestation. Cette interruption peut être provoquée, médicalement (IVG) ou spontanée en cas de fausses-couches [5].

Cette pratique est au cœur des polémiques dans le monde entier, quelle que soit la culture.

L'avortement est encore considéré comme barbare dans certains pays, et acceptée par la loi dans d'autres.

Le but de cet exposé n'étant pas d'avoir mon analyse personnelle sur le sujet, nous allons aborder les différents arguments des partis pour et contre la pratique de l'avortement. Ce débat oppose les « pro-choix » et les « pro-vie ».

Pour beaucoup de gens, l'avortement est un problème moral lié à la question de savoir à partir de quand doit-on considérer que le fœtus acquiert un tel degré d'humanité qu'il devient immoral d'arrêter son développement et que dès lors, l'avortement reviendrait à un meurtre [6].

Le débat s'est transformé en un problème politique et légal dans plusieurs pays. Les situations économiques, culturelles et religieuses sont un capital politique. Le corps humain, notre seul bien définitif tout au long de la vie, est devenu un objet de débats socio-politiques. Ce genre d'approche ne peut pas apporter de réponse. On peut même remarquer un élargissement de l'accès à l'avortement.

Voici les principaux arguments des partis «pro-choix»: Nous retrouvons en premier lieu, l'argument du Droits des femmes. Il s'agit d'une liberté de pouvoir se projeter en tant que mère ou non. A partir de ce point de vue, le droit à l'avortement peut s'interpréter comme nécessaire pour que les femmes obtiennent l'égalité avec les hommes.

Le second argument évoqué concerne le caractère privé et liberté personnelle.

Mais avant de pouvoir faire appel à ce droit fondamental, nous devons bien le définir de manière explicite. Malheureusement, il s'agit d'un droit pas suffisamment bien établi dans certaines sociétés. Le magazine «Time» a déclaré que le thème du caractère privé du corps est «le noyau» du débat sur l'avortement. Cette revue définit le caractère privé, en relation avec l'avortement, comme la capacité d'une femme à «décider ce qui arrive à son propre corps».

Le troisième argument avancé parle de la législation pour éviter les morts maternelles.

Cet argument fait valoir la santé des mères en-devenir. Il ne s'agit pas là de droit des femmes ou du droit à la liberté. Mais un argument scientifique qui avance que si une femme porte un fœtus qu'elle ne désire pas, l'avortement précaire et/ou involontaire à plus de chance de se produire. Ainsi la mortalité maternelle augmente.

Effectivement, soit les femmes vont avoir recourt à des avortement clandestins et donc forcément dangereux. Soit l'inconscient prendra le dessus sur le conscient en rejetant le fœtus, le considérant comme un « corps étranger » [4].

Passons maintenant aux argument « anti-avortement ».

L'argument le plus important du segment « pro-vie » est : le droit à la vie.

Selon eux, la vie humaine commence à partir de « l'union entre l'ovule et le spermatozoïde », ainsi, à partir de ce moment, le fœtus est déjà un humain. Pour aller plus loin, selon eux, il est considéré que le « droit à la vie » surplombe le « droit à décider ». De ce fait, il est dit que tout être humain a droit à décider sur son corps, mais pas sur le corps d'autrui.

*« C'est selon eux grâce à la science, qui a permis de prouver que l'être humain en gestation est un organisme humain différent de sa mère, et que le placenta ne fait pas non plus partie de la femme, mais est un organe qui a été créé par le fœtus pour pouvoir survivre. » [6]*

Le second argument des « pro-vie » concerne les dommages pour la femme et syndrome post-avortement. Un argument qui oppose fortement les deux courant de pensées. Il s'agit d'un argument que les « pro-choix » nient. D'après les « pro-vie », ce syndrome est un ensemble de problèmes que subissent les femmes qui ont avorté. On poursuit avec un autre argument des « pro-vie », l'argument de la privation. L'argument de la privation établit que l'avortement est moralement incorrect parce qu'il prive le fœtus d'un futur. Ainsi, tuer un être humain, même embryonnaire, serait le priver d'un

futur, d'expériences ou encore de futurs plaisirs. De ce fait, l'avortement priverait un être humain d'une hypothétique vie.

*« Alors, pour ou contre ? Pro-choix ou pro-vie ? » [7]*

On a souvent tendance à réduire la question de l'avortement à cette opposition. Et pourtant, ce n'est pas si simple.

*« Cela sous-entend si l'on est pro-vie que l'on est contre le libre choix des individus. Et donc liberticide. Mais est-ce qu'on peut dire que l'avortement est une liberté ? De même, si l'on est pro-choix, on serait pro-mort ? » [7]*

Rendre illégal l'avortement serait nier des réalités dramatiques et mettrait en danger de nombreuses femmes.

Si on considère le fœtus niché dans l'utérus de la femme comme un bébé et donc un être humain, avorter, c'est aussi donner la mort [5].

### **Décès programmés :**

Nous parlons ici d'euthanasie médicale, il s'agit-là d'un autre sujet controversé de la société, considéré comme illégal dans certains pays et autorisé par la loi dans d'autres. Nous sommes face à un sujet impliquant à la fois des domaines philosophiques, bioéthiques et légaux. Son contenu exact et son acceptation sont générateurs de puissantes controverses, divisions et débats d'idées.

*« La médecine, c'est bien sur la vie, mais c'est aussi souvent, hélas, la mort. Entre le domaine du médecin et celui du croque-mort, il y a une zone d'indétermination, un no man's land dans lequel, parfois de force, nous sommes obligés de pénétrer. » [ 8]*

Cette citation nous ramène à la réalité en nous rappelant que le médecin ne fait pas que sauver des vies. Lorsqu'un patient se trouve dans un état de gravité, tel que la rémission n'est même plus ni une option, ni envisageable, alors d'autres options s'offrent aux médecins et/ou à la famille du patient afin d'accompagner leur proche dans la mort : l'euthanasie médicale. Très important à distinguer l'euthanasie de l'aide au suicide (ou suicide assisté). Ce dernier fait que le corps médical donne au patient les moyens de mettre lui-même fin à sa vie. Il s'agit-là d'un accompagnement et d'une accélération de la fin de vie.

À l'origine, euthanasie a été définie comme une mort douce, soit - elle naturelle ou provoquée. Dans une acception plus contemporaine et plus restreinte, l'euthanasie est décrite comme une pratique (action ou omission) visant à provoquer le décès d'un individu atteint d'une maladie incurable qui lui provoque des souffrances morales ou physiques subintrantes, décès induit particulièrement par un médecin [9].

En France, depuis 2005, l'euthanasie médicale est régie par la loi Leonetti. Cette dernière interdit l'acharnement thérapeutique, mais condamne l'euthanasie active [10].

*« L'évolution des mentalités et la priorité donnée au respect de la volonté individuelle conduisent certains à revendiquer le droit de pouvoir décider eux-mêmes du moment de leur mort. Les initiatives en faveur de l'euthanasie se sont donc multipliées. Dans les faits, l'euthanasie peut recouvrir plusieurs formes : l'euthanasie active (administration délibérée de substances létales, sans consentement), l'aide au suicide (le*

*patient accomplit lui-même l'acte mortel, guidé par un tiers), l'euthanasie indirecte (administration d'antalgiques dont la conséquence seconde et non recherchée est la mort), l'euthanasie passive (refus ou arrêt d'un traitement nécessaire au maintien de la vie).»*  
[11].

Nous avons, ici, été confrontée à trois sujets très controversés et extrêmement intéressants, ces derniers se rejoignant tous dans un certain sens : le contrôle de l'homme sur la vie. Ils sont tous au cœur de l'actualité et chaque avancé fait polémique dans les médias et au sein des partis pro ou contre ces pratiques. Chaque camp se défend avec des arguments non négligeables, néanmoins ce qui prime étant ce qu'en dit la loi. Bien que la loi n'ait pas toujours raison, c'est pourquoi les manifestations et les revendications de la population en faveur de l'évolution des loi (l'adoption ou l'abrogation) sont primordiales pour l'avancée d'une société.

Nous pouvons voir à travers ces 3 thèmes l'avancée scientifique médicale mais aussi l'avancée des mentalités. Cela montre l'évolution de nos sociétés actuelles, comparée à quelques siècles en arrière [6].

### **Bibliographie :**

[1] Programmer son accouchement, une bonne idée ? - Magicmaman.com, écrit par : « famili »

[2] Naissances programmées ? La génétique, l'aide à la procréation et le hasard d'être soi | Revue Esprit (presse.fr) : écrit par ZANER Richard M.

[3] Analyse épidémiologique des naissances programmées et accompagnées à domicile en France en 2018 - ScienceDirect : écrit par Floriane Stauffer-Obrecht (Sage-femme libérale)

[4] brochure\_patient\_cesarienne\_mel\_2013-07-02\_11-25-35\_632.pdf (has-sante.fr),  
Groupe de

rédaction : Sophie Blanchard, Arielle Fontaine, Karine Garcia-Lebailly, Sabine Paysant,

Annie Sirven, Delphine Vardon

[5] Avortement — Wikipédia (wikipedia.org)

[6] Fontaine, Philippe, « Qu'est-ce que la science ? De la philosophie à la science : les origines de la rationalité moderne » dans Recherche en soins infirmiers 2008/1 (N° 92), pages 6 à 19 / disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2008-1-page-6.htm>

[7] L'avortement : pour ou contre ? — L'Alter Ego - Les jeunes prennent la parole (alterego.fr)

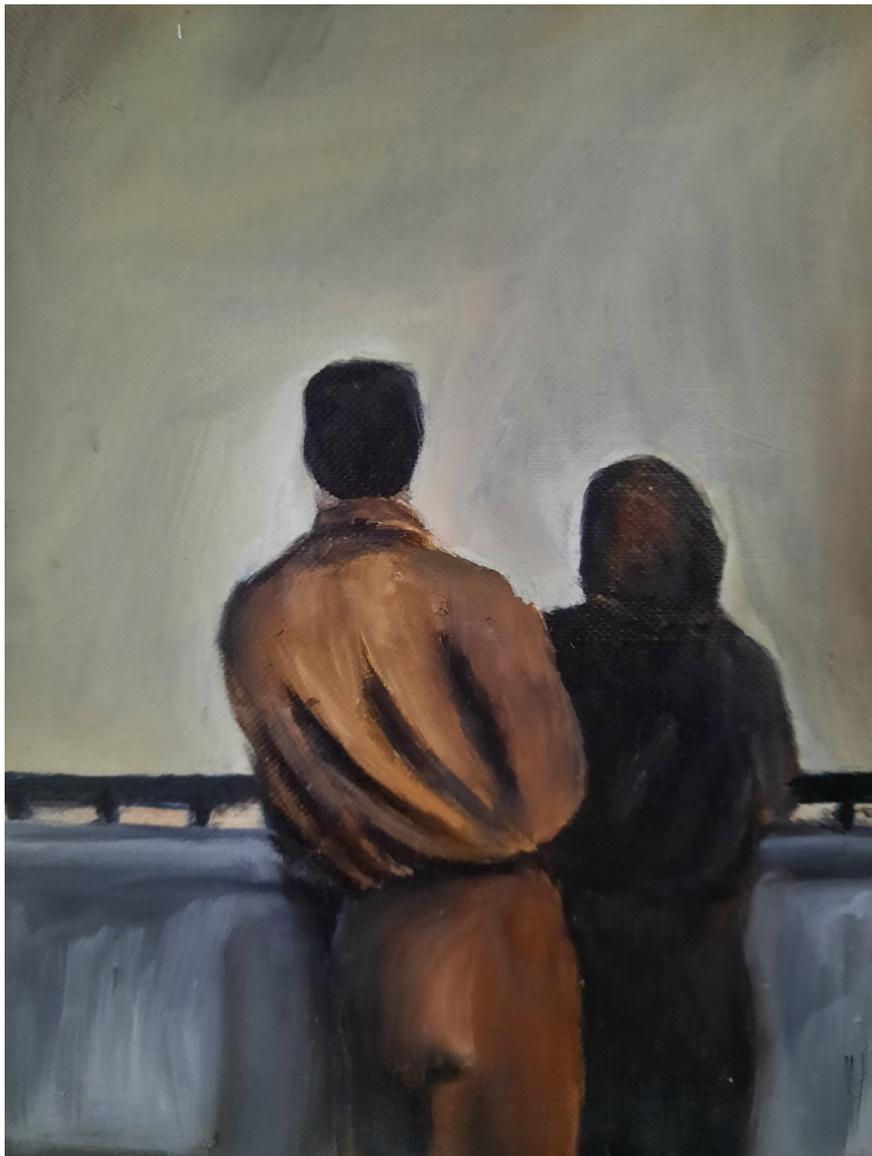
[8] *L'antyclinique du Dr Frédéric Fontaine – Confession* (cité au cours de communication médicale)

[9] Euthanasie — Wikipédia (wikipedia.org)

[10] Euthanasie - Qu'est-ce que c'est ? - Fiches santé et conseils médicaux (lefigaro.fr)

[11] L'EUTHANASIE (senat.fr) – notes de synthèses

**PREFEREZ-VOUS UN MEDECIN HOMME  
OU UNE FEMME ?**



Manuela Narcisa **POPESCU** : *C'est l'histoire d'un récit qui traverse le monde*

# **VOUS, QUE PRÉFÉREZ-VOUS ? UN MÉDECIN HOMME OU UN MÉDECIN FEMME ?**

**Victor Dragoş MARC**

Nous savons tous que la médecine est un des plus anciens métiers de l'histoire de l'humanité. En effet, Merit Ptah fut probablement la première médecin femme de l'humanité pendant l'Égypte antique (2700 av. J.C). Cependant, certaines recherches ont démontré qu'elle n'a probablement pas existé.

Ensuite, Hippocrate de Kos fut un médecin de la Grèce antique au siècle de Périclès (né en 460 av. J.C et mort en 377 av. J.C) qui a révolutionné la médecine grecque antique.

Marie Curie a été une grande physicienne (1867-1934) et a fait des découvertes concernant la radioactivité (Radium et Polonium) qui ont permis de révolutionner le combat contre le cancer.

Enfin, Simone Veil (ancienne présidente du Parlement européen) (1927-2017) a beaucoup combattu pour la légalisation de l'avortement en France. C'est un combat qu'elle a réussi à gagner.

Aujourd'hui, nous avons le choix de consulter quel praticien des métiers de la santé on veut en fonction des croyances personnelles. Cependant, ce n'est pas tout le temps valable. Dans certaines parts du monde, il y a plus de demandes pour les docteurs femmes que hommes (Arabie Saoudite; Émirats Arabes Unis etc...). Dans les autres cas, c'est l'opinion personnelle qui fait le choix.

Étant donné les points cités ci-dessus, nous allons explorer les préférences en ce qui concerne les soins médicaux dans les pays où la religion prime.

Premièrement, dans les pays où la religion a une place importante dans la société, les hôpitaux ainsi que le personnel médical doivent prendre en considération les croyances religieuses et aussi le fait d'offrir une aide pertinente au moment où les patients arrivent dans les services d'urgences. Cela met une grande responsabilité sur le dos des médecins. Ce problème devient vite controversé car il faut se placer entre les croyances religieuses et le code médical.

D'après une étude portée dans trois hôpitaux d'Arabie Saoudite, (dans la région de Qassim) faite sur 393 femmes, cette étude indique que plus de la moitié des femmes ont préférées être consultées par un praticien femme.

On sait que dans la religion islamique, les relations entre hommes et femmes sont considérées très tabou en dehors du mariage. Malgré ça, quand on parle de la santé, la situation change car le fait de sauver la vie d'un sujet malade prend le dessus sur toutes les autres choses. Il n'y a aucune controverse dans la religion en ce qui concerne les soins médicaux qu'un médecin homme accorde à une femme. Dans cette étude, même dans des situations où la vie est en danger, il n'y a pas de controverse en ce qui concerne la préférence que le patient a pour le genre du médecin. La religion accepte le toucher en ce qui concerne l'acte médical jusqu'à ce que ce n'est pas un acte sexuel.

Malheureusement, ce n'est pas dans tous les cas que toutes les femmes acceptent l'aide d'un praticien de sexe opposé et la fin n'est pas tout le temps « joyeux pour toutes ». De mon point de vue, malgré le fait

que je ne suis pas musulman je respecte leurs valeurs, coutumes et les droits humains, et je considère que le fait de refuser des soins médicaux de la part d'un praticien de sexe opposé reste un mode de penser assez primitif.

Nous allons voir deuxièmement, que dans certains pays où on ne met pas beaucoup l'accent sur l'éducation, il y a des préjugés comme quoi les femmes médecins ne sont pas aussi bonnes praticiennes que les hommes médecins. Auparavant, la majorité des professions ont été pratiquées depuis la nuit des temps par les hommes. Aujourd'hui même, on milite beaucoup pour le féminisme et pour l'égalité entre les hommes et les femmes. Malheureusement, beaucoup pensent que les médecins hommes sont mieux préparés que les médecins femmes, ce qui de mon point de vue est complètement erroné. De mon point de vue, les deux genres sont préparés de la même façon. C'est une pensée très primitive dont on espère qu'elle disparaîtra très vite.

Troisièmement, en fonction du problème médical que nous rencontrons, il a été démontré que les patients choisissent un médecin auprès duquel ils ressentent une empathie. Quand on parle du docteur qu'on choisit dans une des plus belles périodes de la vie, à savoir la grossesse, faudrait-il choisir un médecin femme ou un médecin homme ? Lequel des choix amène plus d'avantages que l'autre ?

Beaucoup de femmes soutiennent qu'il y a une très grande différence pendant que les autres pensent que ce qui compte c'est la préparation du médecin plutôt que le genre.

Conformément à l'article « do you care if you have a male or a female doctor? » publié par Robin Elise Weiss, une femme soutient que: « J'ai voulu avoir quelqu'un qui comprend ce par quoi je passe, alors j'ai décidé de ne plus aller consulter mon gynécologue homme pour aller

consulter une gynécologue femme car elle aussi a des enfants. » Le fait de sentir comment c'est une contraction, fait d'un docteur un meilleur praticien ? Probablement non, mais il faut savoir aussi qu'il y a des femmes médecins qui n'ont jamais mis au monde un enfant. De ce fait, c'est une situation qui tient beaucoup plus à de l'empathie. Être un médecin empathique ne veut pas forcément dire que l'on traverse la situation du patient, mais que l'on peut imaginer ce que traverse le malade.

Une autre patiente a dit que son médecin gynécologue homme traitant était en vacances au moment où ses contractions ont débutées. Cette patiente a été contrainte d'accoucher avec une médecin gynécologue femme. Elle a considéré que son gynécologue homme était beaucoup plus empathique que la gynécologue femme.

Dans ces deux situations, et pas seulement, le choix du médecin traitant se fait sur la base de l'empathie et non pas du genre.

Pendant que beaucoup de femmes ont des préférences de genre, une étude faite par « The American college of OB/GYNs » soutient que la majorité des femmes n'ont pas de préférences dans le choix du genre du médecin traitant. Cela étant dit, il en résulte que la majorité des femmes continuent de choisir leur docteur sur la base de plusieurs raisons qui les concernent. Ces raisons personnelles restent un élément crucial dans le but de prendre une décision importante.

Ensuite, nous constatons que dans un monde, il y a une grande demande envers les médecins dans la vie de tous les jours qui ne cesse de croître. J'apprécie et je respecte énormément le métier de docteur ainsi les grandes responsabilités que cela amène mais aussi la satisfaction apportée lorsque le médecin sauve une vie.

De mon point de vue, les médecins ont un des plus nobles métiers au monde.

Les médecins hommes et femmes doivent être valorisés et respectés de la même façon.

Mais comme dans la plupart des pays démocratiques, nous avons le libre arbitre de choisir si le praticien que nous souhaitons consulter soit un homme ou bien une femme.

Comme tout être humain, j'ai aussi mes préférences personnelles en faisant abstraction des situations d'urgences ou les premiers soins priment mais lorsque j'ai la possibilité de choisir, je choisis une médecin femme.

Je me sens beaucoup plus à l'aise dans la présence d'une médecin femme, peut-être aussi à cause du fait que ma mère m'a élevé avec beaucoup d'attention et de ce fait, je fais une analogie entre l'affection maternelle et les soins médicaux. Je trouve qu'une médecin femme, est beaucoup plus empathique. J'ai le droit à plus de mots apaisants qui m'apportent une plus grande sérénité au fond de moi.

Il est possible que je n'aie pas encore trouvé le médecin homme avec lequel j'ai de l'empathie. Ceci revient à ce que je dis au-dessus : ce n'est pas le genre du médecin qui compte mais à quel point il y a de l'empathie entre lui et moi.

Enfin, nous constatons d'après les statistiques que dans le monde, le nombre de praticiens hommes dépasse celui des praticiennes femmes (64% sont des hommes et 36% sont des femmes), conformément à une étude faite par « Kaiser Family Foundation ». En France la situation est différente : en 2020, chez les moins de 40 ans, 65 % des médecins généralistes sont des femmes.

En tenant compte de ces données, statistiquement parlant, nous n'avons pas tout le temps la possibilité de choisir le genre du médecin que nous souhaitons consulter.

En conclusion, les résultats du traitement doivent être les mêmes d'un médecin à un autre peu importe le genre. On a le droit de choisir un docteur en fonction des préférences, il ne faut pas oublier l'idée de base comme quoi les docteurs ont la même préparation et il ne faut pas les discriminer à cause de leur genre.

Ce sujet reste controversé. Et vous, que préférez-vous ? Un médecin homme ou un médecin femme ?

**Références:**

[1] <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6559098/>

[2] <https://www.verywellfamily.com/gender-preference-2752816>

[3] [https://www.liberation.fr/france/2017/10/10/la-feminisation-de-la-medecine-en-pleine-sante\\_1602155/](https://www.liberation.fr/france/2017/10/10/la-feminisation-de-la-medecine-en-pleine-sante_1602155/)

# LA QUESTION D'AVOIR LE CHOIX ENTRE UN HOMME OU UNE FEMME MÉDECIN

**Julien ALVIZ**

## **Introduction**

Cela fait depuis peu de temps que la place de la femme dans la médecine est aussi importante. Au début du XXe siècle, la question d'avoir le choix entre un homme ou une femme médecin n'était pas concevable. Très peu de femmes avaient l'accès à ce genre de formation. Nous pouvons le comprendre par le cas de Madeleine Brès qui, en 1875, est devenue la première femme médecin française. Cette arrivée tardive des femmes dans ce domaine montre que pendant un temps la question de choix du genre de médecin n'existait pas.

Aujourd'hui les femmes représentent plus de 44% du paysage médical, cette tendance ne cesse de s'accroître et, de fait, permet à la population de choisir son médecin.

### **1. Idée personnelle du sujet**

Avant d'entamer un avis plus objectif, je voudrais répondre à la question comme elle m'est posée.

Un spécialiste homme ou femme fera a priori le même travail. La qualité du travail, quant à elle, ne sera pas fonction du genre du spécialiste, mais d'un grand nombre de facteurs intrinsèques à l'individu ou externes. Ce fait se retrouve dans toutes les professions, sauf celles qui impliquent une musculature développée, même s'il y a des exceptions.

Cela étant dit, le fait que mon médecin soit un homme ou une femme me rend indifférent. La notion, cependant qui est importante à traiter, est la relation qui est entretenue entre les deux individus dans un cabinet médical. La relation positive entre patient et médecin est un travail qui doit être fourni par le médecin et entretenue ensuite par les deux individus. Le médecin possède un statut social très différent des autres professions. Par le fait de soigner, il est vu comme celui qui sait et qu'il faut écouter lorsqu'on se trouve dans son domaine. De plus, c'est celui qui se rapprochera le plus de l'intégrité physique et psychique. De fait son comportement doit être irréprochable. L'écoute, la compréhension et l'optimisme sont des facteurs qui doivent être omniprésents dans l'attitude d'un médecin lors d'une consultation.

En soit, si ces comportements sont respectés je pense que la question de genre ne se pose plus, à part pour certaines exceptions notamment les pays où la vision de l'homme et de la femme est différente et conservatrice, et pour les spécialités rattachées à l'intimité que nous verrons plus tard.

## **2. La médecine en générale**

Dans toutes les spécialités il n'y a pas d'égalité de distribution des individus en fonction du sexe. Il y a de fait plus de médecins hommes que femmes, mais dans certaines spécialités telles que la psychiatrie ou la pédiatrie l'inégalité s'inverse, il y a plus de femmes qui côtoient ces métiers. Il peut y avoir un bon nombre de raisons qu'une personne préfère avoir un médecin d'un genre spécifique. En fonction du statut de la femme et de l'homme dans le pays en question, du sujet abordé et de la gravité de la situation.

Dans certains pays, l'accès à la médecine pour une femme est difficile, par le manque d'opportunités offertes par la société, par la vision que la société porte à leurs sujets. Ceci amène à un taux de distribution homme-femme très inégal, et ce taux perpétue cette vision diminuée des femmes. Les pays ayant cette vision du genre voient leurs populations rattachées à de nombreux stéréotypes, qu'une femme ayant un travail à haute responsabilité est atypique, qu'elles seront moins efficaces, moins intelligentes et en soit un médecin moins qualifié qu'un homme. Ces populations rattachées fortement à ces stéréotypes se verront totalement influencées par ces derniers et de fait préféreront un homme plutôt qu'une femme. Ci-dessus, les stéréotypes choisis sont poussés à l'extrême reflétant un pays encore peu développé. Dans tous les pays riches, beaucoup de stéréotypes, certainement moins extrêmes sont encore fortement présents, et amènent à un choix influencé par ces derniers.

La situation abordée est également un facteur pouvant influencer le choix du patient. Le sujet abordé peut influencer la décision, dans les domaines qui relèvent de l'écoute, tels que les psychiatres, les addictologues et les sexologues, les femmes seront plus côtoyées à cause des stéréotypes à leurs sujets, « qu'une femme est plus à l'écoute qu'un homme »; mais la notion de choix du genre revient souvent lorsque l'on parle de médecine abordant l'intimité d'un individu, à savoir les sexologues, les gynécologues et les urologues.

Effectivement, toutes ces spécialités touchent au domaine privé, mais les spécialités citées ci dessus sont considérées comme plus intimes et de fait, le choix du médecin est sujet à plus de discussion. Un grand nombre de femme se voient ou sont auscultées par une femme gynécologue car elles partagent le même appareil et sont plus à même de comprendre la situation

ou la pathologie. Une autre raison, c'est le malaise que peut provoquer une auscultation par un homme. Ce malaise peut être soit dû à l'éducation, soit à un traumatisme, notamment une agression perpétrée par un homme. De plus, un grand nombre de déclarations d'agressions sexuelles et psychologiques lors de rendez-vous gynécologiques amènent à ternir l'image du gynécologue homme.

### **3. La communication en fonction du genre**

Qu'en est-il de la communication? La relation patient médecin est basée sur la communication, la compréhension et l'efficacité des soins. Comme cité ci-dessus, la spécialité affecte le choix du genre du médecin car certains patients se sentent plus en confiance, plus à l'aise avec un médecin de même genre.

Certaines recherches récentes affirment que les femmes médecins ont une approche différente que celle des médecins hommes. Il s'avère que leurs consultations sont plus longues (environ 19 minutes). Il semblerait qu'elles prennent plus de temps à expliquer, comprendre et écouter le patient. De plus, elles seraient plus pédagogues et plus nombreuses à prescrire les médicaments recommandés et les examens requis.

«Les hommes médecins sont plus centrés sur la pathologie, les femmes vont prendre en charge l'individu et son environnement. Elles vont tenir compte de toutes les facettes de la personnalité qui est en face d'elles.» [4]

affirme Nicol Bez chargée de mission femme médecins (syndicat des médecins généralistes). En soit, une consultation par un médecin femme se verrait plus qualitative.

De mon point de vue et par mon expérience, toutes les consultations ont été accompagnées d'une bonne communication. Il y a quelques exceptions dans lesquelles le médecin n'était pas réceptif à la discussion. Le genre, aujourd'hui, n'a pas d'impact sur mon niveau de communication avec le médecin, car même si le médecin se doit de faire une majeure partie dans la relation médecin – patient, *via la communication*, je dois également, en tant que patient, fournir une contribution pour que cette relation soit vivante, sincère et efficace. Pour ma part, un rendez-vous médical est une situation non genrée du point de vue du patient vers le médecin. L'inverse, donc du médecin vers le patient, doit quant à lui être genré, car il doit prendre en compte le sexe du patient, son environnement dans les différents groupes sociaux où le patient est intégré. Un homme ne vivra pas les choses de la même façon qu'une femme, peu importe la situation... .

## **Conclusion**

Comme nous avons pu le constater, le choix du médecin est une décision très personnelle et parfois compliqué. Notamment pour le choix du psychiatre ou de gynécologue, ce choix relève de la vision de l'individu créée par son expérience et son éducation. Les stéréotypes de la société sur le genre sont encore fortement présents. Étant donné que ces idées préconstruites sont présentes dans la sociétés depuis très longtemps, le choix de chaque individu se verra conditionné pendant un certain temps encore.

Heureusement, ce ne sont pas que les stéréotypes qui influencent notre décision, mais également le rapport à soi, l'expérience et à la confiance qu'on donne au médecin.

## Référence

- [1] <https://remplafrance.com/blog/femmes-medecins-france#:~:text=Aujourd'hui%2C%2044%20%25%20des,dans%20les%20facult%C3%A9s%20de%20m%C3%A9decine.>
- [2] <https://www.maisonmedicale.org/Paysages-de-medecine-avec-femmes.html>
- [3] <https://www.madmoizelle.com/sondage-gyneco-resultats-992761>
- [4] <https://sante.lefigaro.fr/actualite/2013/10/30/21458-femmes-meilleures-medecins-que-hommes>

# SOMMAIRE

<b>Gabriela-Mariana LUCA</b> ARGUMENTAIRE .....	5
<b>Jérôme THOMAS</b> LES PANDÉMIES : DES RÉVÉLATEURS DE LA FRAGILITÉ DE NOS SOCIÉTÉS? .....	8
<b>Gabriela-Mariana LUCA</b> LA MEDECINE, UNE PROFESSION DE GENRE. PAROLE ET GESTE .....	38
<b>Amina Alissia BOUKHELKHAL</b> LE GENRE COMME RAPPORT SOCIAL.....	56
<b>Manon GUILLOU</b> VIOLENCE DIRIGEE SPECIFIQUEMENT CONTRE UNE FEMME (VBG) ET SES FACTEURS DE RISQUES.....	65
<b>Yesmine ANDOULSI</b> COMPORTEMENT ABUSIFS.....	90
<b>Coralie SALVON</b> VIOLENCES SPÉCIFIQUES FAITES AUX FEMMES .....	97
<b>Aziz BELLAAJ</b> LES OBJECTIFS DE VIE .....	106
<b>Naomi POESIS</b> ETRE MÉDECIN.....	113
<b>Laura ZOLDOS</b> ACCÈS À L'ENSEIGNEMENT UNIVERSITAIRE SELON LE GENRE. UNE VISION COMPARATIVE DU MONDE CONTEMPORAIN .....	118
<b>Jabou YOUSR</b> A BIEN RÉFLÉCHIR .....	125

**Lolie JUILLET**

TROIS SUJETS TRÈS CONTROVERSÉS..... 131

**Victor Dragoş MARC**

VOUS, QUE PRÉFÉREZ-VOUS ? UN MÉDECIN HOMME OU UN  
MÉDECIN FEMME ?..... 142

**Julien ALVIZ**

LA QUESTION D'AVOIR LE CHOIX ENTRE UN HOMME OU UNE FEMME  
MÉDECIN..... 148