LE GENRE EN SANTÉ

Des repères aux pistes d´action



Femmes & Santé ASBL
RÉSEAU · GENRE · ÉMANCIPATION

OBSERVATOIRE DU SIDA ET DES SEXUALITÉS

Francophones Bruxelles

Ce livret est un résumé du travail de recherche, « Le genre en santé : Pour un outillage conceptuel et pratique » (2025), réalisé par Aurélie Aromatario, docteure en sociologie et chargée de projet à l'Observatoire du Sida et des Sexualités de l'Université Libre de Bruxelles. Il a été synthétisé par Femmes et Santé asbl dans le cadre du Service Support Genre Bruxelles (SESU Genre Bruxelles) soutenu par la COCOF afin d'en faire un outil opérationnel pour les acteur·ices de terrain en promotion de la santé.

Nous proposons en conclusion une synthèse résumant les points importants à retenir pour l'intégration pratique du genre en promotion de la santé.

Rédaction du résumé : Beryl Kaze
Relectures : Fabienne Richard, Julia De Clerck, Aurélie Aromatario, Elena Diouf, Zoé Cleeren et Charlotte Pezeril
Mise en page : Zoé Cleeren
Illustrations : Ankia de Jesus (Sketchify) - Canva

Pour citer cet ouvrage : Service Support Genre Bruxelles (Femmes et Santé/Observatoire du Sida et des Sexualités), *Le genre en santé : des repères aux pistes d'action*, 2026, inspiré de la publication d'Aurélie Aromatario, *Le genre en santé : pour un outillage conceptuel et pratique*, 2025.

Femmes & Santé ASBL
RÉSEAU GENRE ÉMANCIPATION

OBSERVATOIRE DU SIDA ET DES SEXUALITÉS

Avec le soutien de Francophones Bruxelles

Table des matières

Introduction 6

Concepts liés au genre en santé 8

Sexe - Genre - Sexo-spécifique - Médicalisation/ Sanitarisation du social - Normes de genre - Rapports de pouvoir - Care - Intersectionnalité - Vulnérabilité

Constats sur les inégalités de genre en santé 12

Premier constat : Les limites de l'approche sexo-spécifique et la confusion entre sexe et genre 12

Deuxième constat : Le genre influence les comportements et les expériences de santé 13

Troisième constat : L'invisibilisation de certaines populations et réalités de santé 15

Quatrième constat : Le rôle du care et de l'interdépendance 15

Cinquième constat : Les enjeux liés à la production des connaissances en santé 16

Sixième constat : Les enjeux de genre en santé sexuelle et reproductive 16

Septième constat : La prise en compte des situations multiples d'inégalités (intersectionnalité) 17

Freins et leviers à l'intégration du genre dans les pratiques de santé 18

Des analyses en santé qui restent centrées sur une vision binaire 18

LEVIER 1

Des biais historiques dans la production des connaissances en santé 20

LEVIER 2 - LEVIER 3 - LEVIER 4

L'influence des normes sociales sur les comportements et les pratiques 22

LEVIER 5

La tendance à médicaliser des problématiques sociales 23

LEVIER 6

Une prise en compte inégale des risques liés à la santé sexuelle 24

LEVIER 7

Des biais de genre dans les pratiques professionnelles 25

LEVIER 8

Conclusion **26**

Synthèse **28**

Introduction

Selon la définition officielle de l'Organisation Mondiale de la Santé, « la santé correspond à un état de bien-être physique, mental et social et ne se limite pas à l'absence de maladie » (OMS, 1946). Cette approche met en évidence que la santé est influencée par les conditions de vie ainsi que par des facteurs sociaux, économiques et environnementaux.

Dans cette perspective, la santé occupe aujourd'hui une place croissante dans la société, au-delà du seul domaine médical. Ce phénomène, aussi qualifié de « sanitarisation du social », renvoie à une extension des enjeux de santé à des dimensions variées de la vie sociale et relationnelle – et donc à une potentielle extension des mécanismes d'encadrement et de contrôle sanitaire vers le social. Dès lors, il devient essentiel de s'intéresser aux déterminants sociaux de la santé et aux inégalités qui en découlent.

Parmi ces déterminants, le genre occupe une place importante, car transversale. S'agissant avant tout d'un rapport de pouvoir, le genre produit une différenciation et une hiérarchisation, qui oriente ensuite autant les réalités sociales que les corps biologiques – et donc les rapports et rôles sociaux, les normes et les expériences de santé. Le genre apparaît ainsi comme un facteur structurant des inégalités en santé, en interaction avec d'autres dimensions telles que la classe sociale ou l'origine.

Dans le contexte belge, l'intégration de la dimension de genre dans les politiques de santé est soutenue dans les documents stratégiques par les autorités publiques et est imposé via le plan de

Gender Mainstreaming (Institut pour l'égalité des femmes et des hommes, 2010) mais rarement financé et opérationnalisé. Des difficultés persistent dans la compréhension et l'utilisation du concept de genre par les professionnel·les de terrain. Dans ce cadre, la mise en place d'un service de support sur les inégalités sociales de santé basées sur le genre à Bruxelles vise à renforcer les compétences, à développer des outils adaptés et à favoriser la collaboration entre les acteurs impliqués dans ces questions.

Le SESU Genre Bruxelles est piloté par Femmes et Santé et l'Observatoire du Sida et des Sexualités de l'ULB. En 2025, Aurélie Aromatario a réalisé une recherche sur les enjeux de genre en santé dans le cadre du SESU Genre Bruxelles. Les résultats ont été présentés lors d'une journée d'étude scientifique le 18 septembre 2025 à l'ULB (Observatoire du Sida et des Sexualités, 2025).

Le but de cette note est de résumer ce travail de recherche et d'en tirer des enseignements afin de transformer une synthèse théorique portant sur les enjeux de genre en santé en un outil pratique destiné aux acteur·ices de la promotion de la santé. Il s'agit plus précisément d'identifier les principaux constats issus de la littérature, ainsi que les freins et les leviers à l'intégration du genre dans les pratiques professionnelles, afin de concevoir un support adapté aux besoins des acteur·ices de terrain.

Pour ce faire, une synthèse du travail de recherche d'Aurélie Aromatario a été réalisée afin d'en extraire les éléments clés. Ces éléments ont ensuite été reformulés et organisés de manière à être accessibles et utilisables par les professionnel·les de terrain.



Concepts liés au genre en santé

Dans le cadre de ce travail, certains concepts clés liés au genre en santé nécessitent d'être clarifiés afin de faciliter leur compréhension et leur utilisation par les professionnel·les de santé. Les définitions suivantes s'appuient sur le contenu du livre « Synthèse théorique sur les enjeux de genre en santé » (Aromatario, 2025).

Sexe

La notion de sexe peut représenter une catégorie administrative ou statistique utile, bien que restrictive au regard d'une diversité plus large, tant identitaire que culturelle ou médicale.

Sur le plan biologique, le sexe doit se comprendre comme un faisceau d'indicateurs, dont la moyenne converge le plus souvent vers un pôle masculin ou un pôle féminin ou, dans une moindre proportion, ne correspond pas clairement à l'un de ces pôles (on parle alors d'intersexuation). Ces indicateurs peuvent être anatomiques (apparence interne et externe des organes génitaux, taille, poids, structure osseuse…), génétiques (chromosomes), endocrinologiques (hormones) - chacun d'entre eux subissant des façonnements et influences sociaux et environnementaux.

Genre

Le genre renvoie à une organisation sociale systémique qui produit des catégories (notamment féminin, masculin…) et les hiérarchise, engendrant une asymétrie de pouvoir. C'est à partir de ce rapport de pouvoir que se construisent socialement des rôles, normes et attentes associés aux femmes, aux hommes et aux personnes d'identités diverses. Les différences biologiques ou anatomiques sont ainsi interprétées par ce prisme du genre. L'ensemble de ces expériences est déterminant dans la construction des savoirs, dans les comportements, les conditions de vie et les expériences de santé.

Sexo-spécifique

Ce terme de santé publique correspond à une méthode d'analyse des données de santé, ventilées par sexe, pour analyser les éventuelles différences selon des facteurs sociaux, médicaux, biologiques, etc.

Cette notion est donc ambiguë, entre une division binaire du sexe comme catégorie administrative, qui requiert ensuite le plus souvent une lecture de genre.

Médicalisation/ sanitarisation du social

La médicalisation, ou sanitarisation du social, désigne le processus par lequel des aspects de la vie quotidienne, sociale ou relationnelle sont de plus en plus interprétés comme des questions de santé. Cela se traduit par une extension du regard médical à des situations qui relevaient auparavant d'autres domaines.

Normes de genre

Les normes de genre correspondent aux attentes sociales concernant les comportements, rôles et attitudes considérés comme appropriés pour les femmes et les hommes. Elles influencent les pratiques, les choix et les comportements en matière de santé et de soin.

Rapports de pouvoir

Les rapports de pouvoir désignent des relations sociales dans lesquelles certains groupes disposent de plus de pouvoir, de ressources ou d'influence que d'autres. Ces rapports influencent qui prend les décisions, qui contrôle les ressources, qui a accès aux opportunités et, en conséquence, jouent un rôle déterminant dans les inégalités en matière de santé. Ces rapports sont contextuels et relationnels : on peut être avantagé en termes de rapports de pouvoir dans un domaine de sa vie et être désavantagé dans un autre ; et tout cela peut évoluer dans le temps où selon les situations.

Care

Le *care* renvoie aux activités de soin et d'attention aux autres, qu'elles soient formelles ou informelles (rémunérées dans le cadre professionnel, ou non, dans le cadre domestique). Ces activités sont encore majoritairement assumées par les femmes et les personnes en situation de précarité, et jouent un rôle essentiel dans la santé et le bien-être.

Intersectionnalité

L'intersectionnalité désigne le fait que différentes formes d'inégalités structurelles (genre, classe sociale, origine, etc.) peuvent se combiner et se renforcer. Pour bien comprendre les expériences différenciées en matière de santé, l'analyse des inégalités de santé ne peut donc pas fonctionner en silo en séparant chaque critère de discrimination mais bien considérer leurs effets croisés.

Vulnérabilité

La vulnérabilité, comme potentiel d'exposition à la maladie, la blessure ou la violence, est une caractéristique partagée par tous·tes. Dans le domaine de la santé, la vulnérabilité désigne une situation dans laquelle une personne ou un groupe est plus exposé à des risques pour sa santé.

Cette exposition au risque peut provenir de facteurs internes, propres aux individus ou groupes, et/ou externes – liés à des enjeux ponctuels ou systémiques (sociaux, économiques ou environnementaux).



Sept constats sur les inégalités de genre en santé

L'intégration du genre dans le domaine de la santé met en évidence plusieurs constats importants. Ces constats concernent à la fois la manière de comprendre les concepts, d'analyser les données et de mettre en place des actions adaptées sur le terrain.

Premier constat : Les limites de l'approche sexo-spécifique et la confusion entre sexe et genre

L'approche sexo-spécifique consiste à analyser les données de santé en distinguant les femmes et les hommes. Si elle permet de montrer certaines différences, elle reste limitée car elle repose souvent sur une vision binaire (hommes/femmes) qui ne reflète pas toute la diversité des situations.

De plus, les notions de sexe et de genre sont souvent confondues. Le genre, comme fonctionnement systémique et rapport de pouvoir englobe les normes sociales et la façon dont on catégorise le sexe de manière binaire, masquant une série d'indicateurs physiques sous-jacents.



Exemple : Une analyse sexo-spécifique de la fréquence des accidents cardio-vasculaires pourrait sembler indiquer que les hommes sont plus à risque que les femmes, bien que les chiffres augmentent progressivement pour ces dernières. Une analyse genrée multifactorielle montre en revanche que l'augmentation du chiffre côté féminin est dû à des éléments sociaux (modifications de style de vie : travail rémunéré, consommation d'alcool et de tabac…) mais aussi à des éléments médicaux (une meilleure prise en compte des symptômes spécifiques chez les femmes permettant davantage de dépistages, notamment).

Deuxième constat : Le genre influence les comportements et les expériences de santé

Le genre influence les conditions de vie, les comportements et le recours aux soins. Il contribue ainsi à créer des différences dans les expériences de santé entre les groupes.



Exemple : Les femmes peuvent avoir moins de temps pour prendre soin de leur propre santé en raison des responsabilités familiales et du soin accordé à autrui, tandis que certains hommes consultent moins les services de santé en raison de normes valorisant l'autonomie et la résistance à la douleur.

On a longtemps observé des différences importantes entre les hommes et les femmes en matière de morbidité et de mortalité : les femmes apparaissent statistiquement en moins bonne santé, mais les hommes sont davantage susceptibles de mourir d'un problème de santé.

Ces différences ont souvent été attribuées à des comportements de santé différents et par un rapport distinct aux soins (habitude du soin et d'être médicalisée chez les femmes, consultations plus tardives pour des affections d'un stade plus avancé chez les hommes).

Or, elles demandent une analyse au-delà du comportement individuel pour montrer des dynamiques qui ressortent aussi du domaine de la production de savoirs en santé (manque de connaissances sur des affections qui touchent principalement les femmes), au domaine de la relation de soin (minimisation ou psychologisation fréquente des plaintes de santé des femmes), et enfin à la production sociale de la santé (plus grande fréquence d'affection chroniques chez les femmes, due aux conditions de vie).



Exemple : Les assuétudes fortes (alcool, psychotropes...) ont historiquement davantage été considérées comme masculines. Aujourd'hui, ces différences tendent à évoluer, notamment avec les transformations des rôles sociaux et des modes de vie. Or, ces mêmes comportements vont plus fréquemment être traités comme de potentiels signes d'addiction chez les hommes et de potentiels signes d'affections psychologiques chez les femmes.

Troisième constat : L'invisibilisation de certaines populations et réalités de santé

Les approches classiques en santé reposent souvent sur une vision binaire, ce qui peut invisibiliser et écarter certaines populations, notamment les personnes transgenres, intersexes ou non binaires.

Cela peut concerner tant l'administration (papiers d'identités, formulaires…), que les savoirs (anatomie, biologie…) ou encore les pratiques de soin.



Exemple : Des formulaires médicaux limités à «homme/femme» peuvent ne pas correspondre à l'identité de certaines personnes, ce qui peut freiner leur accès aux soins ou entraîner une prise en charge inadaptée.

Quatrième constat : Le rôle du *care* et de l'interdépendance

Les activités de *care* informelles jouent un rôle central dans la santé, mais elles sont souvent peu visibles et peu reconnues. Elles sont majoritairement assumées par les femmes ou les personnes en situation de précarité.



Exemple : Une femme qui s'occupe d'un proche malade peut négliger sa propre santé par manque de temps ou de ressources, ce qui peut entraîner des conséquences sur son bien-être à long terme.

Cinquième constat : Les enjeux liés à la production des connaissances en santé

Les connaissances en santé ne sont pas neutres. Elles sont influencées par des normes sociales, notamment en matière de genre. Cela peut concerner la manière d'aborder les sujets d'étude (par exemple, considérer le corps masculin comme l'exemple universel, et le corps féminin comme une variation particulière), la sélection des sujets étudiés (avec un manque de recherche flagrant sur de nombreuses affections touchant principalement les femmes), ou encore la relation entre les soignant·es ou chercheur·euses et leur objet d'étude/de soin qui influe sur les données produites.



Exemple : Les femmes subissent davantage d'effets secondaires des traitements médicamenteux car les essais cliniques incluent majoritairement des hommes.

Sixième constat : Les enjeux de genre en santé sexuelle et reproductive

Les enjeux de genre sont particulièrement visibles dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive mais ne doivent pas s'y réduire. Les normes sociales et les rapports de pouvoir influencent l'accès à l'information, aux services et à la prise de décision.



Exemple 1 : La responsabilité de la contraception repose souvent davantage sur les femmes, tandis que les hommes sont moins impliqués dans ces questions, ce qui se manifeste aussi dans les moindres options qui leur sont proposées ou qui font l'objet de développement par le monde pharmaceutique et médical.



Exemple 2 : Certaines populations, telles que les adolescentes et les personnes LGBTQIA+, rencontrent des obstacles spécifiques dans l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive. Pour les adolescentes, ces obstacles incluent le manque d'information, la crainte du jugement, des contraintes liées à la confidentialité ainsi que des barrières économiques. Les personnes LGBTQIA+ peuvent, quant à elles, faire face à des discriminations, à un manque de formation des professionnel·les, à une invisibilisation de leurs besoins dans les services de santé et à des obstacles administratifs et économiques.

Il est également important de considérer que la santé sexuelle ne se limite pas à la reproduction ou à l'absence de risques, mais inclut la possibilité de vivre une sexualité épanouissante, libre et respectée, y compris en dehors de toute finalité procréative. Ces dimensions peuvent être influencées par les normes de genre et les inégalités.

Septième constat : La prise en compte des situations multiples d'inégalités (intersectionnalité)

Les inégalités en santé ne s'expliquent pas par un seul facteur, comme le genre, mais par plusieurs dimensions qui se combinent et se renforcent, comme la situation économique, l'origine, l'âge, la situation ou non d'un handicap. Ces facteurs ne s'additionnent pas simplement, mais s'entrecroisent et produisent des situations spécifiques.



Exemple : Une femme migrante en situation de précarité peut rencontrer à la fois plus de vulnérabilité de santé et plus de difficultés d'accès aux soins en raison de plusieurs facteurs combinés (genre, situation économique, langue, statut administratif), ce qui influence directement sa santé.

Freins et leviers à l'intégration du genre dans les pratiques de santé

Les éléments présentés précédemment mettent en évidence plusieurs constats concernant les inégalités de genre en santé. Toutefois, leur prise en compte dans les pratiques professionnelles reste limitée en raison de différents freins. Les leviers proposés à chaque type de frein sont élaborés à partir de ces constats afin de soutenir une intégration plus effective du genre dans les pratiques de santé.

Des analyses en santé qui restent centrées sur une vision binaire

Dans la pratique, les analyses en santé reposent souvent sur des données séparées entre femmes et hommes. Si cela permet d'identifier des différences, cela reste insuffisant pour comprendre les inégalités, car les facteurs liés au genre ne sont pas toujours pris en compte. La division entre féminin et masculin invisibilise les nombreuses variations à l'intérieur de ces deux pôles ou qui n'appartiennent à aucun des deux. La division entre social et biologique quant à elle empêche de mettre en lumière les nombreuses influences du social qui façonnent les corps biologiques (et le regard qu'on porte sur eux).



Exemple : Certains troubles liés à la santé mentale plus fréquents chez les femmes peuvent être interprétés comme une « plus grande sensibilité », alors qu'ils sont aussi liés à des conditions de vie, à des inégalités sociales ou à des expériences de stress spécifiques. Ils peuvent aussi être liés à des causes hormonales, soit internes, soit dues à des traitements. Et enfin, il existe une tendance à surdiagnostiquer les femmes pour des troubles psychologiques qui peuvent en réalité être les effets secondaires d'autres affections.

Cette approche peut également conduire à invisibiliser certaines populations et certaines réalités de santé, notamment lorsque les catégories utilisées ne reflètent pas la diversité des situations.



Exemple : Les personnes transgenres ou intersexes sont souvent absentes des données de santé, ce qui limite la compréhension de leurs besoins spécifiques et l'adaptation des soins.

LEVIER 1

Développer des outils d'analyse en santé intégrant le genre au-delà du sexe, en prenant en compte la diversité des situations et en croisant les données avec d'autres déterminants sociaux.

Des biais historiques dans la production des connaissances en santé

Les connaissances en santé ont longtemps été construites en prenant le corps masculin comme référence, ce qui a contribué à invisibiliser certaines réalités.



Exemple : Les maladies cardiovasculaires ont longtemps été étudiées principalement chez les hommes. Cela a conduit à une moindre reconnaissance des symptômes chez les femmes, parfois différents, et à des retards de diagnostic.

Par ailleurs, certaines réalités liées au corps des femmes ont été davantage médicalisées ou considérées comme problématiques. Cela peut conduire à une pathologisation de certaines expériences.



Exemple : Les campagnes de vaccination contre le HPV ont longtemps ciblé principalement les filles, ce qui a pu renforcer l'idée que les risques liés au virus concernaient surtout les femmes, alors que les hommes sont également concernés.

Enfin, certains domaines ou sujets sont particulièrement peu étudiés ou financés – ce qui se produit plus fréquemment pour des affections touchant la santé des femmes et des minorités de genre.

LEVIER 2

Diversifier les populations incluses dans la recherche en santé et intégrer une réflexion critique sur les biais historiques présents dans les savoirs médicaux.

LEVIER 3

Renforcer la formation continue des professionnel·les de santé sur l'évolution des connaissances et les enjeux de genre et d'intersectionnalité sur celles-ci.

LEVIER 4

Valoriser d'autres sources de savoir compatibles avec la médecine, valoriser les connaissances liées au travail soin ou à l'expérience corporelle comme faisant partie intégrante d'une mise en oeuvre de la santé.



L'influence des normes sociales sur les comportements et les pratiques

Les normes de genre influencent la manière dont les individus perçoivent leur santé et utilisent les services de soins. Cela peut concerner la prise de risque, le suivi de santé ou son absence, l'adhésion au traitement proposé, la tolérance à la douleur, la relation de soin (crainte, méfiance, agressivité, difficulté à s'exprimer…).



Exemple : L'endométriose est une pathologie encore sous-diagnostiquée, en partie parce que les douleurs menstruelles ont été banalisées ou considérées comme normales chez les femmes. Cette situation illustre comment des normes de genre peuvent influencer la reconnaissance des symptômes et retarder l'accès à un diagnostic et à une prise en charge adaptée.

LEVIER 5

Sensibiliser les professionnel·les et les publics aux effets des normes de genre sur la santé, afin de favoriser des comportements plus adaptés et de promouvoir une approche plus équitable du recours aux soins.

La tendance à médicaliser des problématiques sociales

Certaines problématiques sociales sont abordées principalement sous un angle médical, sans prise en compte de leurs causes structurelles. Ainsi, des situations liées à la précarité ou aux inégalités sociales peuvent être interprétées comme des problèmes individuels de santé, sans considérer les conditions de vie qui les sous-tendent.



Exemple : La détresse psychologique chez certaines femmes peut être traitée comme un trouble individuel nécessitant une prise en charge médicale, sans prendre en compte des facteurs tels que la charge mentale, les inégalités dans la répartition des tâches ou les conditions de vie, qui contribuent pourtant à cette situation.

LEVIER 6

Encourager les professionnel·les à prendre en compte les conditions de vie des personnes (charge mentale, situation économique, environnement) dans l'analyse et l'accompagnement, afin d'adapter les interventions et d'éviter de réduire les problèmes de santé à des causes uniquement individuelles et biologiques.

Une prise en compte inégale des risques liés à la santé sexuelle

Certaines problématiques de santé sexuelle sont principalement analysées à travers certains groupes, ce qui peut conduire à une prise en compte inégale des besoins. Si certaines populations sont fortement ciblées par les actions de prévention, d'autres peuvent être moins visibles ou moins suivies.



Exemple : En santé sexuelle, les femmes sont souvent ciblées pour la prévention des risques liés aux pratiques hétérosexuelles, tandis que les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes sont fortement responsabilisés. À l'inverse, les femmes lesbiennes sont souvent perçues comme peu exposées aux risques, ce qui peut entraîner un manque de suivi, une méconnaissance de leurs besoins et une prise en charge moins adaptée.

LEVIER 7

Développer des approches de santé sexuelle inclusives, adaptées à la diversité des publics, et garantir un accès équitable à l'information, aux droits des patient·es, à la prévention et aux soins pour l'ensemble des populations.

Des biais de genre dans les pratiques professionnelles

Le secteur de la santé n'est pas neutre et peut lui-même être influencé par des biais de genre. Ces biais peuvent se retrouver dans les connaissances transmises, mais aussi dans les interactions entre professionnel·les et patient·es. L'inverse est vrai également : les patient·es peuvent moduler leur attitude et leur discours en fonction du rapport de genre avec le ou la soignant·e.

Ils peuvent être difficiles à identifier et à remettre en question, ce qui peut limiter la prise en compte des inégalités de genre dans les pratiques.



Exemple : Certaines plaintes ou certains symptômes peuvent être interprétés différemment selon le genre de la personne. Les douleurs exprimées par les femmes peuvent parfois être moins prises au sérieux ou attribuées à des causes psychologiques ou émotionnelles, ce qui peut retarder le diagnostic ou la prise en charge. Il est également important de prendre en considération le "syndrome méditéranéen" visant les personnes racisées, en particulier les femmes, nom donné aux stéréotypes médicaux d'exagération de la douleur de ce public.

LEVIER 8

Encourager une démarche réflexive chez les professionnel·les, notamment à travers des formations et des espaces de discussion, afin d'identifier et de réduire les biais de genre dans les pratiques de soins.

Conclusion

L'analyse des constats, freins et leviers met en évidence que le genre constitue un déterminant central des inégalités en santé. Au-delà des différences biologiques, il s'inscrit dans des rapports sociaux, des normes et des conditions de vie qui influencent les comportements, l'accès aux soins et les expériences de santé.

La synthèse théorique de cette première recherche du SESU Genre a permis d'identifier des éléments concrets facilitant l'intégration du genre dans les pratiques professionnelles. Les leviers proposés offrent ainsi des pistes d'action pour mieux prendre en compte les inégalités, adapter les interventions et promouvoir une approche plus inclusive et équitable de la promotion de la santé.

Toutefois, la mise en œuvre de ces leviers peut se heurter à certaines limites, notamment liées aux contraintes organisationnelles, au manque de temps ou de ressources, ainsi qu'à la difficulté d'agir sur des déterminants sociaux qui dépassent le cadre des pratiques professionnelles. Cela souligne l'importance d'une approche collective, intersectorielle et structurelle afin de réduire durablement les inégalités de genre en santé.

En ce sens, l'intégration du genre et des autres dynamiques de discrimination en santé ne relève pas uniquement des professionnel·les, mais nécessite une mobilisation plus large des politiques publiques, des institutions et des acteurs sociaux, afin de construire un système de santé plus juste et adapté à la diversité des besoins.

LE GENRE EN SANTÉ

Repères pour l'allié·e des soins insclusifs !

POURQUOI INTÉGRER LE GENRE DANS SA PRATIQUE ?

Pour réduire les inégalités

Le genre est un déterminant transversal des inégalités de santé.

Pour adapter les interventions

Prise en compte des besoins spécifiques de chaque public, ce qui rend les interventions plus efficaces.

Intégrer les questions de genre dans sa pratique, c'est améliorer l'accès aux soins pour tout le monde.



Points d'attention

- Les pratiques de santé ne sont pas neutres : elles peuvent reproduire des inégalités.
- Il existe des biais de genre dans la recherche, les diagnostics et les soins.
- Certains problèmes de santé n'ont pas de causes uniquement individuelles mais aussi structurelles.
- Certains publics restent invisibilisés : personnes trans, intersexes, lesbiennes, racisées, précarisées...

Que faire (concrètement)

- ✓ Questionner ses pratiques et habitudes, utiliser un langage inclusif.
- ✓ Continuez à vous former pour développer vos compétences sur le genre.
- ✓ Prendre en compte les conditions de vie des personnes (charge mentale, situation économique, environnement) dans l'analyse et l'accompagnement.
- ✓ S'assurer d'être en capacité d'accueillir toute personne.