

# MUTATIONS

REGARDS SUR UN MONDE  
EN TRANSFORMATION

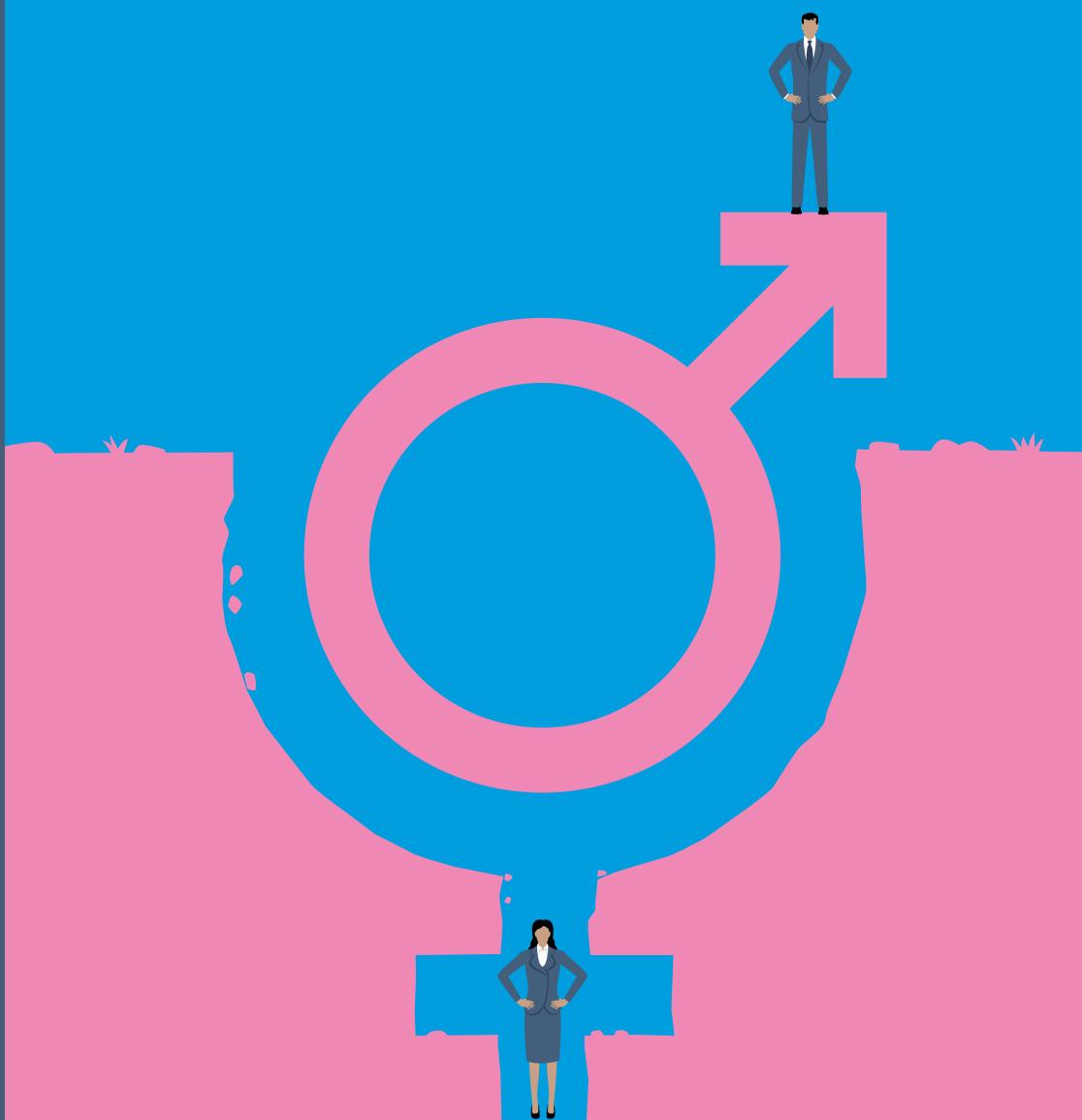
#30 AVRIL 2023  
TRIMESTRIEL  
10 €



N° ISSN : 2491-5467

## GENRE ET SANTÉ

# Casser les stéréotypes



## CONTRIBUTEURS

MUTATIONS tient à remercier tous les participants à ce numéro, notamment :



### STÉPHANE MANZO-SILBERMAN, CARDIOLOGUE

• Cardiologue interventionnelle depuis 2005, Stéphane Manzo-Silberman exerce à l'Institut de cardiologie de l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière (AP-HP), à Paris, depuis juillet 2022, après avoir passé près de douze ans à l'hôpital Lariboisière. Son principal domaine de recherche clinique concerne les maladies coronariennes chez la femme.



### ARNAUD ALESSANDRIN, SOCIOLOGUE

• Arnaud Alessandrin est sociologue à l'université de Bordeaux. Spécialiste des questions de genre, de santé et de discrimination, ce docteur en sociologie a notamment publié *Sociologie des transidentités* (Le Cavalier Bleu, 2023), *Santé LGBT* (Le Bord de l'eau, 2020), et coécrit *Parcours de santé. Parcours de genre* (PUM, 2018) et *Que faire de nos dégoûts* [Ed. de l'Eclisse, 2022].



### YORAM KRAKOWSKI, PSYCHOLOGUE

• Docteur en psychologie, spécialisé sur les questions de prise en charge des victimes de violences sexuelles, sexistes et de genre, Yoram Krakowski est militant trans et cofondateur de l'Association pour le soin queer et féministe (ASQF). Il est formateur sur ces thématiques au conseil départemental de la Haute-Garonne et auprès d'associations féministes.



### MURIEL SALLE, HISTORIENNE

• Spécialiste de l'histoire des femmes et du genre ainsi que de l'histoire de la médecine, maîtresse de conférences à l'université Claude-Bernard Lyon 1, Muriel Salle forme des enseignants et des soignants sur ces thématiques. Elle est coréférente de la mission Egalités à l'Institut d'études politiques de Lyon, et l'auteure, avec Catherine Vidal, de *Femmes et santé : encore une affaire d'hommes?* paru chez Belin, dans la collection d'Égale à égal.



### MURIEL DARMON, SOCIOLOGUE

• Directrice de recherche au CNRS, Muriel Darmon est rattachée au Centre européen de sociologie et de science politique (CESSP). Ses travaux portent notamment sur les inégalités sociales de santé, qu'elle étudie en tant que coresponsable scientifique du projet Gendhi (Gender and Health Inequalities). En 2021, elle a publié *Réparer les cerveaux. Sociologie des pertes et des récupérations post-AVC* aux éditions La Découverte.



### HERVÉ PICARD, MÉDECIN

• Médecin généraliste, installé à Paris, anciennement médecin de santé publique, Hervé Picard est le coauteur du « Rapport relatif à la santé et aux parcours de soins des personnes trans », remis en janvier 2022 à Olivier Véran, alors ministre des Affaires sociales et de la Santé.

# POUR UNE MÉDECINE PLUS INCLUSIVE

Les liens entre la médecine et le genre interviennent tout au long de la chaîne diagnostic, investigations, traitements et pronostic comme l'illustre l'exemple paradigmatique des maladies coronariennes. Longtemps, les études cliniques ont été réalisées principalement sur des hommes. Avec l'augmentation du nombre de femmes concernées, d'autres symptômes précurseurs ont pu être identifiés, qui les affectent plus fréquemment, des nausées ou une gêne dans la poitrine par exemple.

Pour expliquer ces différences, plusieurs facteurs seraient en jeu, anatomo-physiologiques et hormonaux, mais aussi des causes liées au genre. Les femmes et les hommes expriment en effet différemment la douleur du fait de l'enseignement social qu'ils ont reçu. Des études ont montré, dans un cadre qui excède celui des seules pathologies cardio-vasculaires, que les médicaments prescrits aux femmes pour la prise en charge de la douleur sont moins puissants et moins efficaces. Persister à décrire et à enseigner ces affections selon des standards masculins peut donc conduire à un diagnostic plus tardif, voire erroné, pour les femmes.

Les études évaluant l'impact du genre sur le pronostic sont rares. Une étude canadienne a néanmoins démontré que dans le cas du syndrome coronarien aigu, les personnes classées de genre féminin, selon un score croisant différents critères, avaient un taux de récurrence deux fois plus élevé que celles ayant un score masculin ou neutre. Toujours sur la dimension du devenir des malades, une étude récente suggère que le pronostic après un infarctus du myocarde est meilleur chez ceux pris en charge par une femme.

Face à cet état de fait, l'évolution de la médecine vers une discipline plus inclusive, plus soucieuse du bien-être de chacun, doit être encouragée. Cela passe notamment par la prise en compte des spécificités de toutes les populations. En particulier, il faut favoriser la recherche et la formation des professionnels de santé, initiale et continue, pour que les incidences du genre sur la santé soient intégrées. Et cela aux différents stades du parcours – prévention, dépistage, soins – ainsi que dans l'écoute à apporter aux patients et aux patientes, qu'il faut aider à exprimer leurs syndromes, leurs ressentis. Cette approche ne s'oppose en rien à la dimension universaliste de la santé. Il s'agit au contraire d'un vecteur essentiel pour une prise en charge de toutes et de tous au bon niveau.

Eric Chenut,  
Président de la Mutualité Française

## SOMMAIRE

### REPORTAGE P. 4

#### MIEUX SOIGNER LE CŒUR DES FEMMES

À l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière (AP-HP), les femmes bénéficient d'un suivi adapté pour éviter la survenue ou la récurrence d'un infarctus du myocarde. Lors du diagnostic, aucun symptôme spécifique aux femmes n'est pris à la légère.

### ACTEURS P. 10

Arnaud Alessandrin, sociologue spécialiste des questions de genre, de santé et de discrimination.

#### “RÉDUIRE LE GENRE AUX ORGANES SEXUELS EST DISCRIMINANT”

Yoram Krakowski, docteur en psychologie, militant trans et cofondateur de l'Association pour le soin queer et féministe (ASQF).

#### “TRANSITIONNER, C'EST SORTIR D'UNE ASSIGNATION GENRÉE”

### DATA P. 18

#### PETIT LEXIQUE DU GENRE

### DÉCRYPTAGE P. 20

#### GENRE : LES STÉRÉOTYPES NUISSENT À LA SANTÉ

Pour bousculer des savoirs assis sur une vision androcentrée, une formation médicale plus ouverte aux questions de genre permettrait d'atténuer des inégalités qui pénalisent surtout les femmes.

### ENTRETIEN P. 26

#### DIFFICULTÉ D'ACCÈS AUX SOINS : L'EXEMPLE DES PERSONNES TRANS

Entretien avec Hervé Picard, médecin généraliste, et coauteur du « Rapport relatif à la santé et aux parcours de soins des personnes trans ».

### POINT DE VUE P. 30

Nicola Gaddoni et Mathilde Tchounikine, chargés de mission à la Fondation pour l'innovation politique.

#### SYSTÈME DE SANTÉ : LES FACTEURS QUI INFLUENT SUR LE NIVEAU DE CONFIANCE

### LES NEWS de mutations.fr P. 34



MUTATIONS est un magazine trimestriel édité par la Mutualité Française, organisme régi par le Code de la Mutualité.

7-11, place des Cinq-Martyrs-du-Lycée-Buffon, 75015 Paris. Tél. : 01 40 43 30 30.

Directeur de la publication : Mélodie Deneuve.

Rédacteur en chef : Jean-Michel Molins. Rédactrice en chef adjointe : Sabine Dreyfus.

Rédaction : Sabine Dreyfus, Paula Ferreira, Frédéric Lavignette, Jean-Michel Molins.

Secrétaire de rédaction : Noluenn Bizien.

Photographes : Amélie Laurin (sauf crédit photo). Illustration de une : Mark Airs/Ikon Images/akg-images.

Rédactrice photo : Anita Véron. Maquette : Olivier Crenon.

Impression : Mapaya/Imprimerie des Hauts de Vilaine, ZAC de la Goulgatière, 35221 Chateaubourg, France.

Dépôt légal : à parution. Commission paritaire : 0126 M 08473. N° ISSN : 2491-5467.

Abonnement 2023. 4 numéros : 38 euros (prix unitaire : 10 €).

Chèque libellé à l'ordre de FNM à adresser à : AboMarque - 53 Route de Laval - CS 60003 - 31242 L'Union Cedex

Pour toute information, envoyer un mail à : jean-michel.molins@mutualite.fr

Imprimé sur du papier certifié. Ne pas jeter sur la voie publique.



Certifié PEFC

Ce produit est issu de forêts gérées durablement et de sources contrôlées.

10-31-1821 pefc-france.org



# Mieux soigner le cœur des femmes

A l'institut de cardiologie de l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière (AP-HP), les femmes bénéficient d'un suivi adapté, notamment pour éviter la survenue ou la récurrence d'un infarctus du myocarde. Lors du diagnostic, aucun symptôme spécifique aux femmes n'est pris à la légère.

Texte : Paula Ferreira  
Photos : Amélie Laurin

CARDIOLOGIE

CARDIOLOGIE



Victime d'une alerte qui aurait pu dégénérer en infarctus du myocarde, Véronique consulte régulièrement la cardiologue Stéphane Manzo-Silberman.

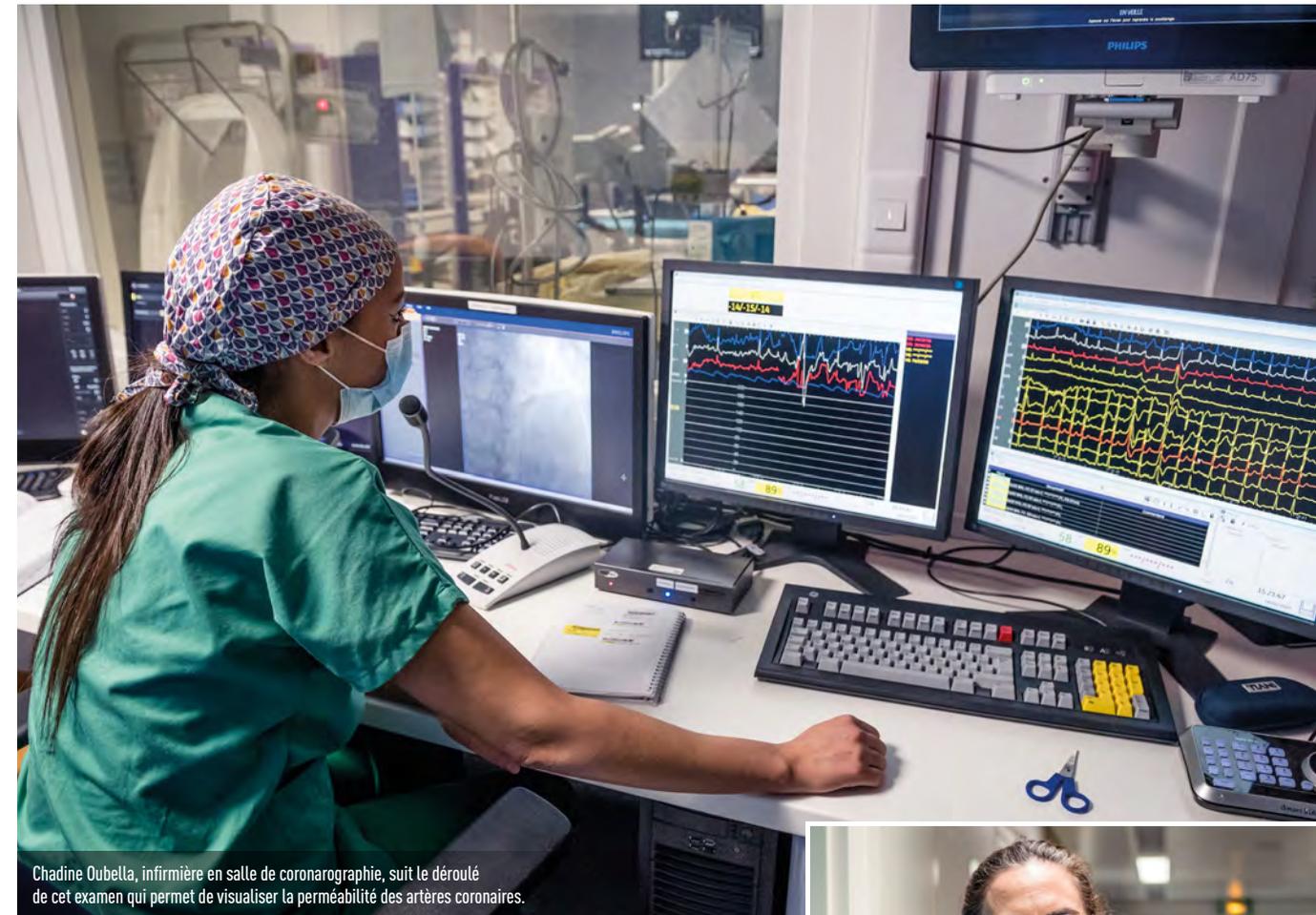
« L'année dernière, j'ai eu une altercation particulièrement violente avec ma responsable hiérarchique et j'ai soudain senti des petits picotements à la poitrine. Je me suis dit que c'était dû au stress et je suis donc repartie dans mon bureau prendre de l'Euphytose, un médicament à base de plantes. Alors que j'étais assise, les picotements continuaient et je m'essoufflais de plus en plus... », se souvient Véronique, aujourd'hui âgée de 60 ans. Victime d'une alerte qui aurait pu dégénérer en infarctus du myocarde, cette patiente a eu la chance d'être prise en charge immédiatement. Elle a eu le bon réflexe de ne pas sous-estimer ses symptômes atypiques.

## « J'ai envie de dire aux femmes : 'Écoutez-vous ! Il n'y a pas que les hommes qui font des infarctus.' »

Véronique, 60 ans, une patiente de la Dre Stéphane Manzo-Silberman

« Chez l'homme et la femme, dans sept cas sur dix, l'infarctus se manifeste par une forte douleur qui serre dans la poitrine », explique la cardiologue Stéphane Manzo-Silberman, qui suit Véronique à l'Institut de cardiologie de l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière (AP-HP). « Chez les femmes, d'autres signes peuvent être associés à la gêne

thoracique et être parfois plus marquants pour elles, tels qu'un poids dans la poitrine, une brûlure ou un essoufflement brutal. Elles peuvent aussi ressentir une gêne dans le bras, une douleur dans l'épaule ou dans le dos, voire des nausées ou des vomissements », détaille la Dre Stéphane Manzo-Silberman.



Chadine Dubella, infirmière en salle de coronarographie, suit le déroulé de cet examen qui permet de visualiser la perméabilité des artères coronaires.

Pour cette cardiologue, ces spécificités féminines méritent une attention particulière afin d'éviter une perte de chance. Elle rappelle d'ailleurs que la nomenclature américaine parle de symptôme thoracique, et non plus de douleur thoracique. « J'ai envie de dire aux femmes : "Écoutez-vous ! Il n'y a pas que les hommes qui font des infarctus" », lance Véronique, installée dans l'un des box de consultation. « Y penser et ne pas traîner est essentiel, car plus on intervient tôt, plus c'est efficace. S'il se survient quelque chose d'inhabituel, il ne faut surtout pas attendre que la crise passe en se disant : "Je suis stressée" ou "Je suis fatiguée", recommande la Dre Stéphane Manzo-Silberman. Il est extrêmement

important que les femmes sachent qu'elles sont exposées aux maladies cardiovasculaires. Elles doivent être mieux informées pour se sentir concernées. »

### Contre les idées reçues

« Dans l'imaginaire des gens, les maladies coronariennes frappent plutôt un vieux monsieur rougeau, avec un gros ventre, et qui fume. Contrairement aux idées reçues, le visage de ces pathologies est très divers. De plus en plus de femmes sont touchées, y compris des jeunes. En chiffres absolus, l'infarctus du myocarde concerne davantage les hommes, mais, depuis dix ans en France, on observe une augmentation régulière de 5% par an des hospitalisations pour



Dre Stéphane Manzo-Silberman, cardiologue à l'Institut de cardiologie de l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière (AP-HP).



Avant chaque coronarographie, Chadine informe les malades, et les accompagne dans la gestion du stress et de la douleur.

« **infarctus du myocarde chez les femmes de moins de 60 ans** », déplore Stéphane Manzo-Silberman. « *J'ai pris un coup sur la tête quand j'ai été victime de cette alerte* », raconte Véronique. « *On parle d'alerte lorsqu'une douleur cède en moins de quinze minutes, avec un électrocardiogramme et des marqueurs biologiques favorables. Si la douleur persiste au-delà d'un quart d'heure, une prise en charge médicale en urgence est nécessaire pour désocclure l'artère. Il faut appeler le 15!* », renchérit sa cardiologue. Dans le cadre du diagnostic de Véronique, une coronarographie a été réalisée. « *Cet examen consiste à visualiser la perméabilité des artères coronaires qui sont situées en périphérie du cœur et servent à irriguer. Le médecin peut ainsi*

*identifier une occlusion éventuelle et rouvrir l'artère* », indique Chadine Oubella, infirmière en salle de coronarographie. « *On m'a posé deux stents, c'est-à-dire des petits ressorts qui dilatent mes artères pour améliorer mon flux sanguin* », note Véronique.

### Diagnostic précis

« *Dans certains cas, il n'y a pas d'occlusion visible. Nous poursuivons alors les investigations par de l'imagerie endocoronaire, des tests hémodynamiques de microcirculation ou des IRM, qui permettent d'identifier précisément le diagnostic et d'adapter le traitement pour éviter les récurrences* », ajoute Stéphane Manzo-Silberman. A l'écoute des malades, Chadine les accompagne dans la gestion du stress ou de la douleur. « *Lorsqu'une*

*femme se plaint de douleurs ou de symptômes peu fréquents, on ne prend jamais cela à la légère* », insiste l'infirmière. La veille, une patiente d'une quarantaine d'années est arrivée en raison de douleurs épigastriques, après avoir consulté les urgences d'un autre hôpital. « *Elle avait été renvoyée chez elle, car son électrocardiogramme était normal, tout comme sa troponine, un biomarqueur dont le taux élevé permet de détecter un infarctus du myocarde ou un syndrome coronarien aigu, relate Chadine. Nous avons procédé à des examens complémentaires, notamment une IRM cardiaque, et le médecin a finalement suspecté une myocardite.* » « *L'infarctus du myocarde est une urgence diagnostique, on y pense donc en priorité. En cas de normalité de tous*

*les paramètres, on évoque ensuite les diagnostics alternatifs* », poursuit Stéphane Manzo-Silberman. En amont, il importe de mieux dépister et traiter l'ensemble des facteurs de risque. « *Hypertension artérielle, cholestérol, diabète... Les hommes et les femmes partagent des facteurs de risque communs, mais leur impact diffère selon le sexe. Par rapport à un homme diabétique, une femme diabétique a un risque accru d'avoir un infarctus et d'en décéder, et une fumeuse a six fois plus de risques de faire un infarctus qu'un fumeur* », constate la cardiologue. Cette spécialiste regrette « *une forme d'inertie thérapeutique vis-à-vis des femmes, consistant à minimiser les facteurs de risque cardiovasculaire, comme l'hypertension, les dyslipidémies, etc.* ». Elle appelle à développer la prévention et l'information, à l'instar du Groupe Action qui fédère les professionnels, les patients et le grand public dans le but de faire progresser la connaissance et la recherche sur les pathologies cardiovasculaires.

### Risques féminins

L'initiative des Bus du cœur permet de sensibiliser les femmes sur leurs risques cardiovasculaires et d'aller à la rencontre des personnes les plus en difficulté. « *A titre personnel, je n'avais jamais pensé à l'infarctus. Pourtant, je cumulais plusieurs facteurs de risque, dont l'hérédité, avec un père et un frère cardiaques. Ancienne fumeuse, je prends des statines contre le cholestérol. Pendant trente-deux ans, j'ai été infirmière au bloc opératoire puis cadre de santé, un environnement vraiment très stressant!* », énumère Véronique, désormais cadre supérieure après une reconversion professionnelle. « *Avant mon alerte, ma gynécologue m'avait déjà adressée en cardiologie.*

*Elle voulait savoir si je pouvais démarrer un traitement hormonal pour atténuer les symptômes de la ménopause* », précise-t-elle. « *Ce traitement est très efficace sur les symptômes climatériques [accompagnant la ménopause, ndlr]*

« *Au début, j'avais peur mais plus maintenant. Je viens en consultation à intervalles réguliers, indépendamment d'exams ponctuels, tels que l'électrocardiogramme, l'épreuve d'effort ou le doppler. Si une crise survient, je sais que je dois appeler*

**“Les hommes et les femmes partagent des facteurs de risque communs mais leur impact diffère selon le sexe.”** Dre Stéphane Manzo-Silberman, cardiologue

*et la prévention du risque fracturaire de l'ostéoporose. Il est nécessaire de s'assurer de l'absence de contre-indications, notamment la présence de maladie athéromateuse avérée, autrement dit, une accumulation de plaques de cholestérol dans la paroi artérielle, complète Stéphane Manzo-Silberman. A la ménopause, le changement métabolique modifie l'équilibre glycémique et lipidique de la femme, rendant son profil cardiovasculaire défavorable.* »

La ménopause ne constitue pas le seul risque propre à la population féminine. « *Des pathologies gynécologiques, comme l'endométriose ou le syndrome des ovaires polykystiques, entraînent un surrisque d'événement cardiovasculaire, prévient la cardiologue. C'est aussi le cas des complications de grossesse. La prééclampsie, l'éclampsie, le diabète gestationnel et l'hypertension gravidique, même sans diabète ou hypertension par la suite, exposent davantage les femmes dans les cinq, dix ou quinze années suivantes. Les femmes concernées doivent bénéficier d'une vigilance et d'un suivi renforcés.* » Véronique est rassurée par l'efficacité de sa prise en charge :

*le 15.* » Elle a aussi modifié certaines habitudes : « *J'ai arrêté de vapoter et je vois un nutritionniste. Le week-end et pendant les vacances, je marche 25 à 30 km pour prendre l'air et me vider la tête. Je profite de la vie!* » •



Véronique n'avait pas pensé à l'infarctus malgré des facteurs de risque



Arnaud Alessandrin, sociologue spécialiste des questions de genre, de santé et de discrimination.

# “RÉDUIRE LE GENRE AUX ORGANES SEXUELS EST DISCRIMINANT”



Propos recueillis par Paula Ferreira  
Photo : Amélie Laurin

**C**ertaines personnes ne se reconnaissent pas dans un système binaire femme/homme, rappelle Arnaud Alessandrin, sociologue spécialiste des questions de genre, de santé et de discrimination. En réduisant le corps à des organes sexuels féminins ou masculins, des soignants créent des situations discriminatoires.

## Quelles sont les principales constructions genrées en santé ?

**Arnaud Alessandrin** – La construction genrée débute dès l’enfance, avec une socialisation différenciée entre les filles et les garçons. Jouer à la poupée ou au football ne sont pas que des passions individuelles ou des effets de mode. Ce développement psychique induit des comportements très spécifiques à l’adolescence ou à l’âge adulte, dont le soin est l’une des résultantes. La socialisation différenciée octroie aux femmes des habiletés sociales qui les incitent à se soucier d’elles et des autres. On pourrait même parler de pesanteurs sociales. Inconsciemment, elles intègrent un ensemble d’émotions et de subjectivités, propres à ce que la société attend du statut féminin.

Y compris au sein des populations précaires, où les pratiques préventives diminuent, les femmes sont plus attentives que les hommes. Elles respectent mieux les ordonnances et les conseils des médecins, annulent moins de rendez-vous et posent plus de questions pour elles ou leurs proches. Mais les anthropologues et les sociologues de la santé observent des contre-exemples, notamment parmi les hommes homo-

sexuels. La communauté gay a été historiquement socialisée à faire attention à ses pratiques de santé sexuelle.

## Comment les soignants appréhendent-ils le genre ?

**A. A.** – Comme beaucoup de gens, certains soignants ont la conviction que l’on naît garçon ou fille, car la nature l’a voulu ainsi. Des professionnels de santé réduisent donc le genre aux organes féminins ou masculins. Par exemple, chez les femmes, le féminin se révèle à travers une poitrine, un clitoris ou un utérus. En sociologie, on appelle cela la naturalisation du genre.

Réduire le genre aux organes sexuels est discriminant. Ces soignants oublient les personnes qui ne se reconnaissent pas dans un système binaire femme/homme : personnes homosexuelles, transgenres, intersexes... Il est réducteur de penser que se sentir femme ou homme, se sentir masculin ou masculine, féminine ou féminin, résulte de la seule présence ou absence de pénis, de poitrine, etc. Cette vision a un impact sur les relations humaines, à l’instar des relations soignants/soignés.

## Quel est l’impact sur les soins ?

**A. A.** – L’hypoconscientisation du corps médical en matière de genre entraîne des discriminations et des violences. Le non-verbal joue un rôle considérable, via des non-dits, des gestes ou des petits regards. Des associations féministes ou LGBTQI+ ont d’ailleurs créé des listes communautaires de médecins censés être plus « friendly » et accueillants. Plusieurs hashtags #MeToo dénoncent également les violences ...



## “RÉDUIRE LE GENRE AUX ORGANES SEXUELS EST DISCRIMINANT”



■■■ sexistes subies en milieu médical. De nombreuses inégalités en matière d’offre de santé découlent des représentations des médecins. Leurs stéréotypes sont perfusés par les inégalités de genre ! J’ai étudié la bariatrie [le soin aux personnes souffrant d’obésité, ndlr] avec l’anthropologue Marielle Toulze. Tandis que les hommes sont majoritairement obèses, plus de 80% des opérations bariatriques concernent la population féminine. Plus souvent victime de grossophobie, la femme semble destinée à se faire opérer pour maigrir. Chez l’homme, un régime ou du sport suffirait... Et après, rien de grave s’il lui reste un peu d’embonpoint ! Avant l’intervention chirurgicale, le suivi des diététiciens ou des psychologues reproduit ce schéma.

### La qualité du suivi s’en ressent ?

**A. A.** – Bien sûr. Des inégalités émanant directement des interactions de soin avec les soignants ont aussi une incidence sur la qualité du suivi. L’attention accordée en consultation en fait partie. La sociologue Anastasia Meidani et moi-même avons mené des travaux en cancérologie. Quand les femmes témoignent de souffrances à la suite de chimiothérapies, les médecins apparaissent plus réceptifs. L’idée qu’une femme se plaigne et qu’un homme taise sa douleur est ancrée dans les esprits. Nous avons relevé d’autres disparités dans une étude sur la prise en charge des traumatismes crâniens et des AVC. Si une femme contacte le Samu pour une suspicion d’AVC, on lui répond parfois au mépris de sa symptomatologie. Certaines signalent des propos tels que « reposez-vous », « calmez-vous », « prenez un doliprane ». Lorsqu’un homme manifeste des symptômes identiques, l’intervention est plus rapide.

### La société doit-elle se défaire d’une approche binaire ?

**A. A.** – Avant d’affirmer qu’il faut parler de genre et pas de sexe, on préconise une

approche féministe et égalitaire. Cette démarche se veut non sexiste et non discriminante, à la fois en termes de budgets, de postes et d’attention accordée, tant au niveau scientifique que médiatique.

La dichotomie entre les femmes et les hommes est déjà très interrogée sur le plan scientifique. En endocrinologie, les recherches réfutent le fantasme général qu’il y aurait énormément de testostérone chez l’homme et, à l’opposé, aucune ou très peu chez la femme. En réalité, beaucoup de garçons ont les mêmes taux de testostérone que les filles, et inversement. Travailler sur le genre permet d’inclure plus que des femmes et des hommes. On prend en considération toutes les personnes LGBTQI+ qui ont un rapport au genre différent. Ces personnes ont autant le droit d’accéder à des services de santé que les autres patients. Elles ont le droit d’avoir un lien subjectif et émotionnel à la santé, et doivent pouvoir bénéficier de recherches sur leur parcours de soins.

### Comment améliorer les parcours de santé ?

**A. A.** – D’abord, il convient de ne pas enseigner la médecine uniquement en différenciant les hommes et les femmes. En 2020, la Haute Autorité de santé (HAS) a publié un rapport insistant sur la nécessité de former les professionnels de santé au genre. La formation initiale des médecins permettrait de détricoter des représentations et, ainsi, des pratiques inappropriées. Il suffirait de complexifier légèrement les enseignements actuels, sans forcément rajouter des heures au cursus de formation des étudiants. L’enjeu est de sensibiliser à la lutte contre les discriminations, à l’inclusion des femmes et des minorités de genre. En matière de formation continue, des progrès ont émergé : des diplômes universitaires et des masters abordent les discriminations, les questions de transidentité, le féminisme et le droit des femmes. Auparavant, on ne parlait pas de ces sujets. La société doit poursuivre ces efforts. •





# “TRANSITIONNER C’EST SORTIR D’UNE ASSIGNATION GENRÉE”



Propos recueillis par **Frédéric Lavignette**  
Photo : **Amélie Laurin**

**D**octeur en psychologie, militant trans et cofondateur de l'Association pour le soin queer et féministe (ASQF), Yoram Krakowski détaille les principales étapes du parcours médico-social des personnes trans et les obstacles dont il est parsemé.



devoir se justifier en permanence et s'« outer » [révéler son identité de genre, ndlr]. Après enregistrement de la nouvelle identité à l'état civil, d'autres difficultés apparaissent. Imaginons un homme trans : désormais, sur sa carte Vitale, son nouveau numéro de Sécurité sociale commence par le chiffre 1.

De fait, les frais de gynécologie ne seront plus couverts, car les hommes ne sont pas considérés comme étant concernés par ce type de soins. La personne devra demander des droits spécifiques pour être remboursée. Enfin, des obstacles surviennent en lien avec la délivrance des hormones [lire l'entretien pages 26-29], ou la prise en charge des opérations chirurgicales, comme la mammectomie, intervention toujours prise en charge pour les victimes de cancers du sein. De leur côté, les hommes trans y auront accès après « entente préalable » avec la Sécurité sociale. Seulement, à l'heure actuelle, les caisses de Sécurité sociale demandent aux personnes trans de justifier de deux ans de suivi psychiatrique...

**Comment, avec votre association, permettez-vous aux personnes trans de faire face aux résistances rencontrées ?**

**Y. K.** – On joue sur plusieurs cartes. Avec notre étiquette militante, nous sommes en lien avec de nombreuses associations qui tentent de s'organiser sur le plan national. De sorte, par exemple, à agir sur la Caisse nationale d'assurance maladie. Ensuite, en tant que professionnel.le.s de santé, nous sensibilisons un large auditoire aux **...**

**Dans le champ médical, quelle est la nature des obstacles et discriminations rencontrés par les personnes trans ?**

**Yoram Krakowski** – Socialement, une personne en début de parcours de transition va d'abord commencer à demander aux personnes de la genrer au masculin, au féminin ou au neutre, afin de sortir de son assignation de genre de naissance. Hélas, ces premières affirmations ne sont souvent pas prises en compte, pas prises au sérieux. Ensuite, certaines personnes vont recourir à la transition médicale pour que la perception sociale de leur genre corresponde au genre auquel elles s'identifient, par le biais de changements physiques. Cette étape réclame des soins spécifiques, comme des prises d'hormones ou des chirurgies. Pour y avoir accès, la personne demandeuse va se retrouver face à des spécialistes. Lesquels vont guetter si elle est une « vraie trans », selon des jugements assez stigmatisants et stéréotypés.

Nouveau problème quand une personne trans a accès aux hormones : son apparence va changer, mais pas forcément ses papiers d'identité. Dès lors, les personnes trans vont

Yoram Krakowski, docteur en psychologie, militant trans et cofondateur de l'Association pour le soin queer et féministe (ASQF).





association  
pour le soin  
queer & féministe

## “TRANSITIONNER C’EST SORTIR D’UNE ASSIGNATION GENRÉE”



... questions queer, particulièrement les autres professionnel.le.s de santé. Actuellement, on estime à 40% le nombre de personnes trans qui s’empêchent d’aller vers le soin par peur de vivre une situation de transphobie. Notre objectif est que toute personne trans puisse être reçue par n’importe quel médecin généraliste ou spécialiste, sans discrimination. Et nous mettons l’accent sur la sensibilisation des soignant.e.s de la ruralité, afin que les personnes trans n’aient plus à faire 200 kilomètres pour être prises en charge.

Pour sensibiliser, notre association et nos réseaux organisent des formations. Les psychologues, infirmier.e.s et éducateur.trice.s sont d’ailleurs plus nombreux que les médecins à y participer. En outre, quand on sent que notre patientèle fait face à des difficultés, on essaie de rencontrer les équipes médicales.

### Quels genres de malaises ou de satisfactions vous exprime-t-on lors des consultations ?

**Y. K.** – La plupart des personnes viennent nous voir pour évoquer des traumatismes communs à tout le monde. Après, concernant spécifiquement les parcours trans, il y a celles qui consultent parce qu’elles pensent à tort qu’il est obligatoire de voir un psychologue pendant le processus. Il y a aussi celles qui s’orientent vers nous après avoir été stigmatisées par de précédents psychologues. A cela s’ajoutent toutes les discriminations propres aux transitions : les pertes relationnelles, amicales et familiales, mais aussi les pertes d’emploi et de ressources. Et l’interruption des études. Aussi, certaines personnes n’osent plus sortir de chez elles par peur de ces discriminations, et par peur des agressions verbales, physiques et sexuelles en lien avec leur transidentité. Selon un récent rapport de SOS-Homophobie, plus de la moitié des personnes trans ont vécu une agression physique dans les deux dernières années et près d’un tiers pensent régulièrement au suicide.

Ce cumul de traumatismes crée un ensemble de freins qui ont un impact sur la santé mentale et le psychisme. Mais, grâce à la transition, on nous exprime aussi beaucoup de moments heureux. Transitionner, c’est sortir d’une assignation genrée et accéder à une grande euphorie, hélas entravée par les discriminations.

### Quels sont les outils que vous proposez aux personnes trans ?

**Y. K.** – Ce qui va soutenir les personnes trans, notamment en début de parcours, c’est le respect du droit à l’autodétermination de genre. Après, si une personne s’interroge sur son genre, je vais personnellement lui signifier que quiconque a droit à l’expérimentation. Dès lors, si une personne éprouve le besoin de s’ancrer dans la transidentité sans parvenir à franchir le cap – parce qu’elle se sent démunie, illégitime, ou qu’elle a peur des conséquences –, il faudra alors détecter la nature des freins. A savoir identifier le stress minoritaire et nommer ce qui pèse sur elle. Découvrir cela, c’est la première étape pour retrouver du pouvoir d’agir. Se permettre de se réfugier dans une culture qui lui est favorable, un espace communautaire qui la soutiendra dans son choix de liberté et de créativité est une étape souvent déterminante. Si le social apporte beaucoup, les soignant.e.s doivent agir sur l’intériorisation intrapsychique de ces freins.

### N’avez-vous pas l’impression que la reconnaissance des personnes trans est mieux admise, notamment dans le soin ?

**Y. K.** – Je milite depuis plus de quinze ans. Avant les lois de 2016, l’état du terrain de la discrimination était catastrophique. Je ne peux que me réjouir de la prise de conscience actuelle. Il y a beaucoup plus de fierté, on peut mettre des mots sur la transidentité, et la qualité de vie augmente pour les personnes trans. Mais il faut se méfier du retour de manivelle. Certaines réactions des sphères conservatrices sont là pour nous rappeler que rien n’est jamais acquis. •



# PETIT LEXIQUE DU GENRE

## CISGENRE

Se dit d'une personne dont l'identité de genre correspond au sexe qui lui a été assigné à la naissance.

## ÉGALITÉ ENTRE LES GENRES

Ce concept stipule que tous les êtres, quel que soit leur genre, sont libres de développer leurs aptitudes personnelles sans se conformer aux stéréotypes et que les aspirations de chacun (e) doivent être encouragées.

## GENRE

Il existe plusieurs acceptions du terme. La plus commune est qu'il s'agit d'une construction socioculturelle des rôles masculins et féminins et des rapports entre les hommes et les femmes.

## HÉTÉRONORMATIVITÉ

Cadre social implicite faisant de l'hétérosexualité la norme sociale.

## IDENTITÉ DE GENRE

Sensation intérieure d'être homme ou femme.

## INTERSECTIONNALITÉ

Situation d'une personne subissant simultanément plusieurs formes de discrimination.

## THÉORIE DU GENRE

Théorie, née aux États-Unis au début des années 1990, affirmant que le genre est indépendant du sexe de naissance et serait imposé par la société.

## TRANSGENRE

Personne dont le genre ne correspond pas à celui qui lui a été assigné à la naissance.

## TRANSEXUEL

Personne ayant entrepris, ou ayant réalisé, des démarches pour changer de sexe.

## TRANSITION

Processus au cours duquel une personne effectue des changements pour atteindre son genre souhaité.

## QUEER

« Étrange, bizarre », en anglais. Toute personne ne correspondant peu ou pas aux canons de l'identité et/ou de l'expression de genre. Ce terme désigne aussi les minorités sexuelles et de genre.

### Sources :

Lexique sur la diversité sexuelle et de genre, [TERMIUM Plus®](https://www.terminiumplus.gc.ca) - terminiumplus.gc.ca

Lexique sur la diversité sexuelle et la pluralité des genres, 2<sup>e</sup> édition,

Ligue des droits et libertés - section Québec - [liguedesdroitsqsc.org](https://www.liguedesdroitsqsc.org)



# GENRE : les stéréotypes nuisent à la santé

Banalisation de la douleur, invisibilisation des symptômes féminins, diagnostics erronés... Bien ancrés dans la société, les stéréotypes de genre peuvent conduire à des situations critiques lorsqu'il s'agit de santé.

Pour bousculer des savoirs assis sur une vision androcentrée, une formation médicale plus ouverte aux questions de genre permettrait d'atténuer des inégalités qui pénalisent essentiellement les femmes.

Textes : Sabine Dreyfus



## GENRE : les stéréotypes nuisent à la santé

« Elle est émue, elle a peur, elle a froid, elle a rêvé ! Que sais-je ? Elle est généralement souffrante au moins une semaine sur quatre. La semaine qui précède la crise est déjà troublée. Et dans les huit ou dix jours qui suivent cette semaine douloureuse se prolonge une langueur, une faiblesse qu'on ne saurait définir. » La femme... une éternelle malade. C'est ainsi que l'historien Jules Michelet décrivait la gent féminine dans *L'Amour* (1858).

Et force est de constater que ce type de tableau caricatural était de mise au XIX<sup>e</sup> siècle, alors que se construisaient des savoirs médicaux, qui, aujourd'hui encore, discréditent l'expression des symptômes féminins et pénalisent la santé des femmes.

En 1789, la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen avait conféré aux êtres humains un certain nombre de droits dits naturels. « Les femmes étant reconnues de nature humaine depuis le XIII<sup>e</sup> siècle, il aurait alors été légitime de leur allouer les mêmes droits qu'aux hommes, relate Muriel Salle, maîtresse de conférences en histoire contemporaine à l'université Lyon 1. D'où l'invention, pour limiter ces derniers, de la notion de "nature féminine", une forme dégradée de la nature humaine. Alors que le



**“Les femmes ne sont envisagées que par rapport aux hommes, [...] elles sont pensées secondairement et toujours comme des exceptions à la règle. Et la règle, c'est le corps masculin.”**

Muriel Salle,  
maîtresse de conférences en histoire contemporaine  
à l'Université Lyon 1.



**“Sous l'influence de l'adage biblique 'Tu enfanteras dans la douleur', beaucoup considèrent selon la même logique qu'il est normal de souffrir pendant les règles.”**

Yasmine Candau,  
présidente de l'association de patientes  
EndoFrance.

discours médical est en train de prendre le pas sur la théologie, il est utilisé pour installer l'idée durable d'une invalidité féminine ». Invalidité du corps, mais aussi invalidité de l'esprit qui permettent de justifier l'exclusion des femmes de la sphère politique, de la production des connaissances, de la gestion du patrimoine ou encore de la participation aux élections.

« Le problème n'est pas le stéréotype en lui-même, mais quand l'activation des stéréotypes dans certains contextes conduit à traiter de manière différente les individus, autrement dit, quand le stéréotype devient discrimination », estime l'historienne. En ce sens, la médecine a été produite par des hommes, qui ont élaboré des savoirs androcentrés, c'est-à-dire centrés sur un référent masculin. « Les femmes ne sont envisagées que par rapport aux hommes, de sorte que se constitue une épistémologie de l'exception : elles sont pensées secondairement et toujours comme des exceptions à la règle. Et la règle, c'est le corps masculin. »

### INVISIBILISATION

Une situation dont notre société actuelle est encore tributaire. Aux étudiants en médecine, on enseigne toujours les manifestations de l'infarctus comme étant des symptômes universels, une oppression thoracique ou une douleur au bras gauche, autant de signes majoritairement présents chez les hommes. Or, dans un cas sur deux, les femmes victimes de crises cardiaques présentent un autre type de symptomatologie. Ce qui signifie que pas moins du quart de la population victime d'un accident cardiovasculaire

présente d'autres signaux d'alarme que ceux qui sont enseignés aux futurs médecins. C'est là, en introduisant une discrimination qui invisibilise les femmes et leur symptomatologie spécifique, que la norme masculine devient problématique.

Ainsi, la première description de l'endométriose remonte à 1860 et a donné lieu à la publication de nombreuses thèses et articles. Il a pourtant fallu attendre 2016 pour voir cette pathologie inscrite au plan de travail de la Haute Autorité de santé (HAS), et 2020 pour que le président de la République lance un plan national de lutte contre cette maladie qui handicape une femme sur dix.

### SYMPTÔMES FÉMININS BANALISÉS

Ici aussi, l'histoire peut fournir une explication. En estimant que le corps des femmes dysfonctionne par nature, les médecins du XIX<sup>e</sup> siècle ont expliqué certains phénomènes physiologiques comme les règles, la grossesse ou la ménopause, sous le seul angle du pathologique. Partant de ce postulat, la médecine a dès lors toujours tendu aux symptômes féminins une oreille très distraite. Conséquence de ce déni : une errance médicale pour les femmes atteintes d'endométriose. « On parle communément d'une femme sur dix diagnostiquée, mais, en réalité, ce sont probablement deux ou trois femmes sur dix qui sont concernées, du fait de cette période d'incertitude qui dure en moyenne sept ans, précise Yasmine Candau, présidente de l'association de patientes EndoFrance. Le problème, c'est qu'on a longtemps banalisé les douleurs menstruelles. Sous l'influence de l'adage biblique

“Tu enfanteras dans la douleur”, beaucoup considèrent selon la même logique qu'il est normal de souffrir pendant les règles. Certes, les contractions de l'utérus pour évacuer la muqueuse qui n'a pas accueilli d'embryon provoquent une douleur, mais, lorsque celle-ci résiste aux antalgiques de premier niveau et envahit le quotidien, il n'y a plus lieu de la considérer comme normale. »

C'est contre cette banalisation que se mobilise EndoFrance. « Ce qui n'aide pas, c'est que l'endométriose est considérée comme une maladie bénigne. Ses conséquences sont extrêmement invalidantes mais elle n'engage pas le pronostic vital. Il y a donc un manque de moyens pour financer une recherche spécifique et, globalement, encore trop peu d'intérêt pour le sujet », déplore cette représentante des patientes.

### DOULEUR IGNORÉE

La formation est pourtant indispensable pour savoir repérer des lésions parfois à peine décelables sur les examens d'imagerie. Face à des clichés difficiles à interpréter, de nombreuses femmes s'entendent dire, malgré les douleurs, qu'elles ne sont pas malades... ou seulement dans leur tête.

Un effort de recherche permettrait de mieux comprendre les ressorts de cette pathologie protéiforme. « Avec la stratégie nationale, on s'attendait à un budget de 20 millions d'euros sur cinq ans, avant de réaliser qu'il s'agissait d'un programme de recherche plus large intitulé “Santé des femmes, santé des couples” », dénonce Yasmine Candau. Cette militante associative salue tout de même la publication en 2020

du décret intégrant l'endométriose dans les études médicales de second cycle... dix-sept ans après le premier courrier des associations de patientes réclamant cette disposition.

### RÉÉDUCATION MOINS AMBITIEUSE

Au-delà des aspects budgétaires, les inégalités de santé liées au genre sont lourdes de conséquences dans le parcours de vie des femmes. Dans ses travaux, la sociologue Muriel Darmon, directrice de recherche au CNRS, a observé que non seulement les accidents vasculaires cérébraux (AVC) des femmes sont plus graves que ceux des hommes, mais, surtout, que ces dernières récupèrent moins bien.

Une donnée qui peut étonner au premier abord, les femmes étant très bien informées sur les symptômes de l'AVC. « Elles constituent de très bons témoins de l'AVC de leur conjoint. Elles identifient très bien leurs manifestations et déclenchent rapidement les secours. L'inverse n'est pas vrai. D'abord parce qu'aux âges avancés où elles font des AVC elles sont plus souvent veuves, du fait de la mortalité différentielle des hommes et des femmes. Et, même lorsque l'AVC survient en présence de leur conjoint, celui-ci ne fait pas un aussi bon témoin », observe Muriel Darmon.

La sociologue cite également l'histoire de cette jeune mère de famille qui, devant les premiers symptômes, a d'abord pensé à se laver les cheveux et à se raser les jambes, dans l'idée de présenter aux soignants un corps féminin socialement acceptable, puis à appeler ses parents pour leur confier son bébé avant de se rendre



aux urgences. « On voit bien à travers ce cas que le rapport des femmes à leur corps et à leur propre santé est susceptible de nuire à leur prise en charge. Cela explique notamment pourquoi leur délai d'arrivée aux urgences est jusqu'à trois fois supérieur. Donc avec des AVC aggravés et une mortalité supérieure. »

Autre distorsion observée : avec le même type d'AVC, et la même gravité, les femmes bénéficient moins de la rééducation hospitalière. « Non pas qu'elles soient moins bien prises en charge ou qu'elles se heurtent à un sexisme médical, mais il y a une représentation collective partagée par la patiente, les professionnels et les proches, qui aboutit à une moins grande ambition pour la rééducation féminine », poursuit Muriel Darmon.

Lorsque les patientes sont consultées sur les capacités qu'elles souhaitent travailler, elles concentrent leurs objectifs sur des rôles traditionnellement dévolus aux femmes, parmi lesquels l'attention aux proches ou les tâches domestiques, et moins souvent sur la conduite ou le travail, qu'elles reprennent moins fréquemment que les hommes, à gravité égale.

Ainsi, beaucoup de temps et d'énergie peuvent être consacrés à des récupérations esthétiques. « C'est rarement une demande des hommes, alors que l'AVC entame de la même manière leur capital esthétique », note Muriel Darmon, qui confirme « une définition très genrée du niveau de gravité des pertes ».

Enfin, les femmes ont tendance à écourter leur rééducation, au motif que leur famille a besoin d'elles à la maison, tandis que les



**“Il faut faire en sorte que la question du genre infuse dans les politiques publiques et les programmes de prévention, afin de ne pas reproduire les discriminations.”**

Muriel Darmon,  
sociologue, directrice de recherche au CNRS.



**“Les carrières plus hachées des femmes ne leur permettent pas d'atteindre les seuils requis pour la présomption d'imputabilité dans la reconnaissance en maladie professionnelle.”**

Emilie Council,  
épidémiologiste à l'Institut national  
d'études démographiques (Ined).

hommes la prolongent pour en tirer le maximum de bénéfices. En matière de santé au travail également, le genre est un déterminant majeur des inégalités constatées. Epidémiologiste à l'Institut national d'études démographiques (Ined), Emilie Council a étudié les mécanismes d'invisibilisation des femmes dans la recherche sur les cancers d'origine professionnelle entre 2003 et 2014. Sur cette période, l'augmentation de la survenue des cancers du poumon chez les femmes a été corrélée à une hausse du tabagisme. Mais on a peu évoqué les facteurs professionnels comme ayant pu y contribuer.

Or, en milieu professionnel, de nombreux cancérigènes, comme certains agents chimiques, mais aussi les fibres, les poussières ou les radiations ionisantes sont associés à un risque accru de cancer du poumon, notamment dans des secteurs où les femmes sont présentes. Mais ces dernières ont été très peu incluses dans les enquêtes internationales, ou avec des ratios hommes/femmes très déséquilibrés en faveur des hommes.

#### PÉNIBILITÉS SPÉCIFIQUES

En outre, les outils employés pour reconstituer leurs expositions étaient peu adaptés aux situations de travail vécues par les femmes. « Ils ont été construits pour décrire des situations de travail typiquement masculines, et, à poste de travail égal, ils ne tiennent pas compte des différences de tâches effectuées par les hommes et les femmes, fait valoir la chercheuse. Par exemple, dans le secteur du nettoyage, les tâches lourdes avec des brosses rotatives sont confiées

aux hommes, alors que les femmes vont plutôt nettoyer des surfaces à l'aide d'équipements plus simples, mais qui peuvent, eux aussi, supposer des postures pénibles et des gestes répétitifs. » Autant de pénibilités spécifiques gommées en raison d'une approche globale selon le libellé de poste.

Résultat de cette invisibilisation : une moindre connaissance des risques encourus par les femmes au travail, donc une moindre attention portée à ceux-ci dans les politiques publiques et les programmes de prévention, et, au bout du compte, des inégalités en termes de réparation.

#### COMBATTRE LES BIAIS DE GENRE

« Du fait de leurs parcours professionnels plus hachés, les femmes présentent des expositions plus courtes et plus variées : elles peuvent avoir été exposées à un peu d'amiante, un peu de plomb, ou un peu d'hydrocarbures aromatiques polycycliques, ce qui ne leur permet pas d'atteindre les seuils requis pour la présomption d'imputabilité dans la reconnaissance en maladie professionnelle », détaille Emilie Council. Car les tableaux de maladies professionnelles ont été conçus sur le modèle d'un ouvrier de l'industrie qui travaille de manière stable toute sa carrière dans un type d'activité prédominant. Pour tordre le cou aux biais de genre, plusieurs pistes doivent être creusées. A commencer par la formation des médecins, initiale comme continue. Avec une particularité à prendre en compte : « En l'absence de programme national pour les études de médecine, si l'on veut que les choses changent, il faudrait faire en

sorte que cette thématique intervienne au niveau du seul examen au cours duquel tous les étudiants se mesurent les uns aux autres : l'examen classant national », souligne Muriel Salle.

Former les médecins, c'est aussi le credo de Yasmine Candau, qui mentionne l'existence, depuis 2019, de diplômes inter-universitaires dédiés à l'endométriose, notamment à Lyon, à Lille et à Bordeaux. Son association intervient dans ces cursus pour porter la voix des patientes.

« Il faut faire en sorte que la question du genre infuse dans les politiques publiques et les programmes de prévention, afin de ne pas reproduire les discriminations », préconise Muriel Darmon. Ainsi, des messages de santé publique incitant les hommes à prêter davantage attention aux symptômes féminins pourraient réduire le délai d'arrivée aux urgences des femmes victimes d'accidents cardiovasculaires. »

Autre levier : consolider les passerelles entre les sciences sociales, qui portent ces réflexions sur les inégalités de genre, et la médecine [lire l'encadré ci-contre]. « Il faudrait créer des occasions pour partager nos outils », propose Muriel Salle, qui perçoit toujours « un déficit de légitimité des sciences sociales au regard des travaux en biomédecine ».

Pour Emilie Council également, l'interdisciplinarité est une voie à suivre : « Moi qui viens de l'épidémiologie, c'est en travaillant avec des sociologues que j'ai pu corriger certains biais dans les pratiques de ma discipline. » Un maillage qui s'avère incontournable pour faire de la lutte contre les inégalités de genre une priorité de santé publique. •

## Intersectionnalité : plus qu'une affaire de biologie

Des inégalités sociales de santé s'observent de la petite enfance à l'âge adulte. Pour comprendre comment celles-ci se construisent socialement, un courant de recherche émerge en Europe et en France, avec une démarche d'intersectionnalité.

Il s'agit d'appréhender les questions de santé en tenant compte à la fois du sexe biologique, du genre, du niveau socio-économique et de l'origine ethnique. Un ensemble de facteurs qui influencent le rapport au corps et le recours aux soins. C'est le parti pris du projet Gendhi (Gender and health inequalities), coordonné par Nathalie Bajos et Michelle Kelly-Irving (Inserm), Muriel Darmon (CNRS) et Pierre-Yves Geoffard (PSE-Ecole d'économie de Paris).

Ce groupe multidisciplinaire a démarré ses travaux en 2020, dans l'idée d'améliorer les pratiques de médecine et de recherche en se concentrant sur des maladies fréquentes susceptibles de favoriser l'expression de biais de genre : les pathologies cardiovasculaires, la dépression, les démences de type Alzheimer, le cancer colorectal et la Covid-19. « Elles ont été choisies sur la base des différences de diagnostic entre les sexes (infarctus du myocarde sous-diagnostiqué chez les femmes, dépression sous-diagnostiquée chez les hommes), et de différences de traitement entre les sexes ou de mortalité », précisent les chercheurs.

Financé par l'Union européenne, ce programme associe des sociologues, des épidémiologistes et des économistes, mais aussi des médecins, des biologistes et des patients.

# DIFFICULTÉ D'ACCÈS AUX SOINS : L'EXEMPLE DES PERSONNES TRANS

Les personnes qui s'engagent dans un parcours de transition sont confrontées à un déficit de l'offre de soins. Quant aux traitements hormonaux prescrits, ils ne disposent pas d'une Autorisation de mise sur le marché spécifique.

Propos recueillis par **Frédéric Lavignette**  
Photos : **Amélie Laurin**



Médecin généraliste, installé à Paris, anciennement médecin de santé publique, Hervé Picard est le coauteur du « Rapport relatif à la santé et aux parcours de soins des personnes trans ».

**C**oauteur du « Rapport relatif à la santé et au parcours de soins des personnes trans », le Dr Hervé Picard décrit, outre les principales étapes médicales et chirurgicales liées aux réassignations sexuelles, les obstacles rencontrés dans leur prise en charge.

**Vous êtes coauteur du « Rapport relatif à la santé et au parcours de soins des personnes trans », document remis en janvier 2022 à Olivier Véran, alors ministre de la Santé, qui vous l'avait commandé. Pourquoi un tel intérêt ministériel ?**

**Hervé Picard** – Le ministère nous a sollicités, avec Simon Jutant, de l'association ACCEPTESS-T, parce que la Haute Autorité de Santé (HAS) doit produire des recommandations de bonnes pratiques sur ce sujet, a priori fin 2023 ou début 2024. Pour le ministère, il s'agissait de préparer le travail de la HAS. Car si celle-ci dispose de l'expertise nécessaire pour étudier de façon structurée tous types de questions sur la base de la littérature scientifique et des avis d'experts, il n'est peut-être pas dans son habitude d'aller interroger les pratiques issues du terrain ou du monde associatif. Notre but était donc d'aller là où la HAS n'irait peut-être pas, afin de lui fournir un maximum d'éléments concrets pour nourrir son travail et aboutir à des recommandations les plus pertinentes possible.

**Quelle est la juste expression à utiliser : Personnes trans ? Transsexuels ? Transgenres ?**

**H. P.** – Il y a des termes qui peuvent blesser. Ainsi « transsexuel » est très daté et remonte à une époque où l'on pathologisait la question trans. Ce

terme a parfois été utilisé de façon péjorative. Aujourd'hui, on parle de « personnes transgenres » ou, plus simplement, de « personnes trans ».

**•**  
**Votre rapport n'est pas la première référence officielle sur les personnes trans. Outre un premier document de la HAS en 2009, on compte celui de l'inspection générale des affaires sociales, en 2011, et aussi la loi du 18 novembre 2016. Quels ont été les apports de ces textes pour le combat des personnes trans ?**

**H. P.** – Le rapport de la HAS de 2009 a été une première pierre posée pour aborder les questions de santé des trans. Au sens formel, ce n'était pas vraiment un texte de recommandations de bonnes pratiques, même s'il comportait des préconisations, qui apparaissent aujourd'hui trop conservatrices et pathologisantes. Mais comme on parlait de loin, son mérite est d'avoir existé le premier. Après est venu le rapport de l'Igas, important en cela qu'il soulevait une série de questions peu abordées par le rapport de la HAS. Par exemple, la question de l'implication des associations d'usagers et de l'expertise des patients. Enfin, la loi de 2016 a permis de ne plus exiger la chirurgie des organes génitaux pour demander un changement de genre à l'état-civil. C'était essentiel car les personnes trans ne souhaitent pas toutes avoir une opération de réassignation sexuelle.

**•**  
**A combien évaluez-vous le nombre de personnes ayant réalisé une transition en France ?**

**H. P.** – C'est difficile à déterminer. On peut proposer une estimation minimale en se basant sur le nombre

d'affections de longue durée accordées par l'assurance maladie pour le motif « transidentité ». Cette approche conduit nécessairement à sous-estimer le nombre de personnes en transition. En effet, certaines personnes qui sont dans un parcours de transition n'ont pas l'ALD. Certaines s'y refusent parce qu'elles envisagent par exemple l'achat d'un appartement et craignent que l'ALD puisse nuire à la validation de leur dossier d'emprunt bancaire. Il n'empêche, le nombre de bénéficiaires de l'ALD au titre de la transidentité était d'environ 9000 en 2020. L'ordre de grandeur actuel dépasse sans doute les 10000 personnes.

**•**  
**N'est-ce pas singulier d'accepter une attribution d'ALD, alors que les personnes trans combattent la pathologisation de la transition ?**

**H. P.** – C'est en effet singulier et en même temps cela peut s'entendre. En effet, une « affection de longue durée » n'est pas nécessairement une maladie, mais une situation dans laquelle une personne a durablement besoin de consommer des soins. Pendant longtemps, on a considéré que la transidentité figurait dans le champ de la santé mentale, ce qui était intrinsèquement pathologisant. Cela n'est plus le cas. Désormais, on estime qu'il s'agit d'un sujet de santé sexuelle, laquelle mérite d'être comprise au sens de la définition de l'OMS : la santé comme état complet de bien-être physique, mental et social.

**•**  
**Suite à la prise d'hormones et aux opérations subies, constate-t-on des complications pour la santé des personnes transitionnées ?**

**H. P.** – Quand le suivi est médicalement assuré, les dangers sont mi- ■■■



... nimisés. L'hormonothérapie vise à supprimer l'ambiance hormonale du sexe assigné à la naissance, pour la remplacer par celle du genre dans lequel la personne se reconnaît. Chez une femme trans, assignée de sexe masculin à la naissance, on va prescrire des médicaments qui bloquent la production de testostérone, l'hormone masculine, et on va la remplacer par des œstrogènes, hormones féminines. Le but est d'obtenir des taux sanguins comparables à ceux d'une femme née de sexe féminin. Du fait que les femmes trans reçoivent de telles hormones, elles vont rencontrer les mêmes risques que les femmes nées de sexe féminin. Par exemple, un plus grand risque de cancer du sein ou de thrombose veineuse chez les hommes. Lorsque les gens sont bien accompagnés ces risques peuvent être maîtrisés.

Le principal problème des personnes trans est probablement la difficulté d'accès aux soins. Beaucoup ne parviennent pas à trouver un médecin pour les accompagner et leur prescrire les hormones adaptées. Dès lors, elles risquent de chercher à se procurer elles-mêmes des traitements hormonaux, en automédication. Cette situation est à double titre gênante. D'abord, pour les personnes qui prennent des hormones sans supervision médicale, car elles mettent en danger leur santé. Ensuite, pour notre système de soins, qui se montre ici incapable de répondre aux besoins d'une partie de la population.

#### Tous les médecins peuvent-ils prescrire un traitement hormonal ?

**H. P.** – Selon les textes, n'importe quel praticien peut prescrire un traitement hormonal substitutif féminisant : la délivrance des hormones féminines ou des bloqueurs de testostérone n'est pas soumise à des contraintes particulières.

En revanche, la réglementation limite la prescription du traitement hormonal substitutif masculinisant. En effet, la première ordonnance de testostérone doit être faite par un médecin spécialiste en endocrinologie, urologie, gynécologie ou médecine de la reproduction. Par la suite, le renouvellement de l'ordonnance n'est pas restreint et peut être réalisé par un généraliste.

Le problème est qu'une majorité des spécialistes autorisés à rédiger cette primo-ordonnance n'acceptent pas, en pratique, de prendre en charge des hommes trans. Heureusement, un certain nombre de généralistes, dont je fais partie, rédigent ces premières ordonnances de testostérone. En cela, nous pratiquons une forme de désobéissance civile. Nous considérons que la priorité est la réduction des risques. Et, en premier lieu, celui d'une prise d'hormones en automédication sans suivi médical, qui est réel. Donc, personnellement, je prescris des premières ordonnances de testostérone, ce que je n'ai en théorie pas le droit de le faire. C'est à mon avis la réglementation qu'il est urgent de changer, pour ouvrir la primo-prescription de testostérone aux médecins généralistes qui sont formés à le faire.

#### Aller ainsi à l'encontre du règlement peut vous porter préjudice...

**H. P.** – J'en ai conscience. Mais comme mes autres confrères et consœurs qui soignent les personnes trans, je me sens éthiquement droit dans mes bottes. Nous ne faisons pas n'importe quoi, on ne joue pas aux apprentis sorciers. Nous faisons ce qui se pratique dans un grand nombre de pays, en nous appuyant sur les données actuelles de la science et en plaçant au-dessus de tout l'intérêt supérieur du patient. Si on me demande un jour de venir rendre des comptes,

je suis tout à fait prêt à le faire.

Mais là n'est pas le seul aspect kafkaïen de la réglementation. Il faut savoir que tous les médicaments en France ont une « autorisation de mise sur le marché » (AMM), laquelle définit les indications pour lesquelles chaque médicament peut être prescrit. Un médecin a le droit de prescrire un médicament « hors AMM » mais, dans ce cas, il doit le préciser sur l'ordonnance et le médicament ne peut pas être remboursé par l'assurance maladie. Or, aucun des traitements hormonaux que l'on prescrit pour les trans n'ont d'AMM dans cette indication. En théorie, sur chaque ordonnance, nous devrions donc mettre la mention « hors AMM », de sorte que la personne ne soit pas remboursée. Ce qui n'a aucun sens, puisque le remboursement est prévu à 100% dans le cadre de l'ALD.

La réglementation est ici en total décalage avec les pratiques, tant celles des soignants que celles de l'assurance maladie. Il est urgent qu'une AMM « transidentité » soit créée pour les médicaments utilisés dans les parcours de transition.

#### Au-delà des hormones, le parcours de soins comprend les interventions chirurgicales. Quelles en sont les principales ?

**H. P.** – Dans le cas d'un parcours transféminin, il y a l'augmentation mammaire, pratiquée principalement selon deux techniques. La première est l'autogreffe de cellules grasses. Si les hormones n'ont pas suffi à augmenter le volume des seins, on va prélever au niveau de la culotte de cheval ou des poignées d'amour des cellules grasses, qui vont être réinjectées au niveau de la poitrine. L'autre technique, possible consiste à poser des prothèses mammaires.

Toujours pour une transition d'homme à femme figure aussi l'orchidectomie, soit l'ablation des testicules. Généralement, elle s'accompagne d'une vaginoplastie, c'est-à-dire qu'on passe d'un appareil génital de type masculin à un appareil génital de type féminin en reconstruisant complètement un appareil féminin à partir des tissus qui étaient initialement masculins. Lorsque les vaginoplasties sont bien réussies, il est quasiment impossible de distinguer une femme trans opérée d'une femme née avec un vagin. Il faudrait utiliser un spéculum pour s'apercevoir qu'il n'y a pas de col de l'utérus. Sinon, vu de l'extérieur, c'est juste parfait.

#### Et pour une transition de femme à homme ?

**H. P.** – Pour les hommes trans, plusieurs interventions sont possibles. La torsoplastie est relativement simple et donne de bons résultats, au prix d'une cicatrice qui demeure visible : il s'agit de l'intervention qui permet d'enlever les seins.

L'hystérectomie, à savoir l'ablation de l'utérus, est aussi relativement simple. Mais ce n'est pas le cas de la phalloplastie, opération qui vise à transformer une vulve en un phallus et une paire de testicules. Pour la réaliser, il faut aller prendre des tissus, en général dans l'avant-bras, pour reconstituer le nouveau pénis. On va ensuite réaliser une autogreffe, qui va souvent poser des problèmes de sténoses au niveau de l'urètre.

Une autre intervention possible est la métaidoioplastie. Grâce à la testostérone qu'il va prendre, l'homme trans va constater au fil du temps une pousse de son clitoris. Celui-ci va grandir en longueur et en largeur, donnant l'aspect d'un micropénis, baptisé par le terme anglais « dickclit ».



Hervé Picard

La métaidoioplastie va partir de ce dickclit pour construire un membre qui ressemble à un néo-phallus.

#### Selon le sens des transitions, la satisfaction n'est donc pas totale ?

**H. P.** – En résumé, j'ai presque envie de dire que les hommes trans sont chanceux du point de vue des hormones, tandis que les femmes trans sont chanceuses du point de vue de la chirurgie. Côté chirurgie, en effet, les femmes trans sont avantagées parce qu'il est plus facile chirurgicalement de reconstruire un appareil génital féminin que masculin.

Du point de vue des hormones, en revanche, les hommes trans sont avantagés par la testostérone. C'est une hormone tellement puissante qu'elle est capable de métamorphoser le corps en quelques mois. La voix va muer, la barbe pousser... A contrario, les hormones féminines qu'on prescrit aux femmes trans agissent moins

puissamment et moins vite. Le corps va se transformer en deux ans environ, avec une pousse des seins et un changement de la répartition de la graisse corporelle, qui se localisera surtout sur les hanches et moins sur le ventre.

#### Le suivi médical et ces interventions sont-ils remboursés par la Sécurité sociale ?

**H. P.** – Si le parcours est réalisé en France, la réponse est oui. La Sécurité sociale rembourse, même si parfois des difficultés peuvent apparaître dans certains dossiers. Le principal problème est le déficit d'offre de soin : il est difficile pour une personne trans de trouver un médecin qui sache l'accompagner pour une transition hormonale, et les délais d'attente pour une chirurgie pelvienne sont de plusieurs années. De surcroît, ces interventions se font principalement dans le secteur public, parce que leur financement est rendu très compliqué dans le privé. •



Nicola Gaddoni



Mathilde Tchounikine

## SYSTÈME DE SANTÉ : LES FACTEURS QUI INFLUENT SUR LE NIVEAU DE CONFIANCE

Dans les démocraties, l'efficacité des prestations de soins est corrélée avec la confiance des citoyens dans les professionnels et les institutions de santé. Cette forme de confiance, dite impersonnelle<sup>1</sup>, est une condition préalable à l'établissement d'une relation de confiance, dite interpersonnelle, entre le patient et le médecin traitant. Plusieurs études montrent que la combinaison de la confiance impersonnelle et de la confiance interpersonnelle dans le domaine médical favorise les comportements nécessaires à la préservation de la santé des individus, de la prévention à l'adhésion aux traitements prescrits. Différents facteurs peuvent affecter cette confiance, notamment la manifestation d'épisodes négatifs nuisant à l'image de notre politique de soin. Ainsi, pendant la pandémie de la Covid-19, la multiplication de fausses informations sur l'origine du

“  
PAR  
NICOLA GADDONI,  
MATHILDE TCHOUNIKINE,  
chargés de mission  
à la Fondation  
pour l'innovation politique.

virus, l'utilité du port du masque ou l'efficacité des vaccins à ARN messager ont engendré de la défiance.

Selon les données de l'enquête « 2022, présidentielle de crises » de la Fondation pour l'innovation politique<sup>2</sup>, la plupart des Français (86%) font confiance aux hôpitaux et aux professions médicales. En retenant uniquement la réponse « tout à fait confiance », ce chiffre atteint 31%. Il s'agit du niveau de confiance le plus élevé parmi toutes les institutions soumises à l'appréciation des personnes interrogées. Mais des disparités marquées apparaissent selon le genre, les femmes exprimant une plus forte défiance que les hommes à l'égard des institutions de santé<sup>3</sup>.

L'âge, combiné au genre, influence le niveau de confiance dans les hôpitaux et les professions médicales. Si les femmes,

quel que soit leur âge, ont moins confiance que les hommes dans les institutions de santé, l'écart se creuse avec les générations. Ainsi, 35% des hommes entre 18 et 34 ans indiquent faire « tout à fait » confiance aux institutions de santé, contre 27% des femmes du même âge (8 points de différence). Chez les 35-49 ans, l'écart est de 12 points : 32% des hommes et 20% des femmes indiquent leur faire « tout à fait » confiance. Parmi les hommes de 50 ans et plus, 41% d'entre eux déclarent ce niveau de confiance ; c'est 15 points de plus que les femmes du même âge (26%).

Le lieu de vie est également un facteur important qui affecte dans un sens différent les hommes et les femmes. Ainsi, c'est dans les communes rurales que les hommes font le plus confiance aux institutions de santé (41%), alors que c'est dans les communes de cette taille que les femmes leur font le moins confiance (23%). A l'inverse, les hommes qui ont le moins confiance dans les institutions de santé sont ceux qui vivent dans l'agglomération parisienne (28%), tandis que c'est l'un des lieux où la confiance est la plus haute chez les femmes (26%).

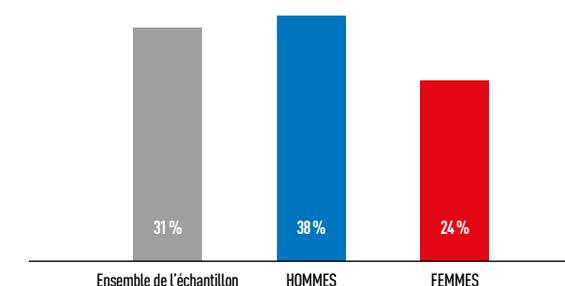
La variation des niveaux de confiance dans les institutions de santé selon le genre peut trouver de multiples explications. Les différences biologiques ne sont pas les seules raisons pour lesquelles hommes et femmes ne reçoivent pas le même traitement en matière de santé : les représentations sociales traditionnellement liées au genre ont un effet sur l'attitude des patients, mais aussi sur celles du corps médical et des chercheurs en médecine. Certaines maladies ont, par exemple, longtemps été considérées comme exclusives à un genre. Les maladies cardiovasculaires sont encore sous-diagnostiquées chez les femmes, tout comme les troubles autistiques. D'autres troubles ont même été ignorés. Le fait que la dépression soit plus courante chez les femmes n'est pas dû à leurs hormones, comme cela a été prétendu, mais à des facteurs de risque, tels que la précarité, affectant davantage les femmes que les hommes. L'endométriose, toujours sous-diagnostiquée aujourd'hui, a longtemps été invisibilisée, les douleurs liées aux menstruations étant considérées comme « normales »<sup>4</sup>. Soulignons toutefois que si le secteur de la recherche a pendant des années mené ses études principalement sur les hommes, les choses semblent changer : au niveau mondial, la place des femmes dans les essais cliniques est passée de 35% en 1995 à 58% en 2018<sup>5</sup>. En France, ces données ne sont hélas pas accessibles. •

Les femmes sont moins nombreuses à avoir « tout à fait confiance » dans les hôpitaux et les professions médicales.

Question : « Nous allons vous donner une liste d'institutions, et vous demander dans quelle mesure vous leur faites confiance. Pour chaque institution, veuillez me dire si vous avez tout à fait confiance, plutôt confiance, plutôt pas confiance ou pas confiance du tout en elle : les hôpitaux, les professions médicales ? »

Réponse : « Tout à fait confiance »

Base : ensemble de l'échantillon\*

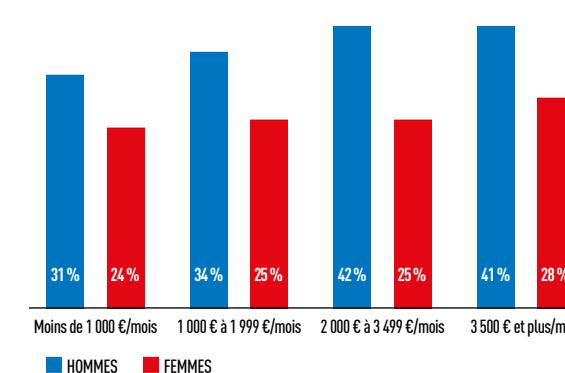


Le niveau de revenu influe sur la confiance dans les institutions de santé, bien que cela soit moins marqué chez les femmes.

Question : « Nous allons vous donner une liste d'institutions, et vous demander dans quelle mesure vous leur faites confiance. Pour chaque institution, veuillez me dire si vous avez tout à fait confiance, plutôt confiance, plutôt pas confiance ou pas confiance du tout en elle : les hôpitaux, les professions médicales ? »

Réponse : « Tout à fait confiance »

Base : ensemble de l'échantillon\* selon le niveau de revenu



\*3 108 répondants représentatifs de la population française âgée de 18 ans et plus  
© Fondation pour l'innovation politique - mars 2022

1. Philippe Bizouarn, « Le médecin, le malade et la confiance », *Ethique & santé*, septembre 2008, vol. 5, n° 3, p. 165-172.

2. Dominique Reynié (dir.), « 2022, présidentielle de crises », Fondation pour l'innovation politique, 2022.

3. Wendy Rogers & Angela Ballantyne, « Gender and Trust in Medicine: Vulnerabilities, Abuses, and Remedies », *International Journal of Feminist Approaches to Bioethics (IJFAB)*, mars 2008, vol. 1, n° 1, p. 48-66.

4. Brigitte Gresy, Emmanuelle Piet, Catherine Vidal, Muriel Salle, Marianne Niosi et Noémie Gardais, « Prendre en compte le sexe et le genre pour mieux soigner : un enjeu de santé publique », rapport n° 2020-11-04 Santé 45, Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes, 2020.

5. *Ibid.*



À LIRE



**TROUBLE DANS LE GENRE**  
Le féminisme et la subversion de l'identité  
Judith Butler, *La Découverte*, 2006  
Dans cet ouvrage paru en 1990 aux Etats-Unis, la philosophe américaine montre que l'identité est façonnée par les normes de genre liées à la masculinité et à la féminité, et que ces normes emprisonnent le corps et la sexualité. Ce livre est au principe de la théorie et de la politique queer. Il vise non pas à solidifier la communauté d'une contre-culture, mais à bousculer l'hétérosexualité en la dénaturant.



**LES PATIENTES D'HIPPOCRATE**  
Quand la médecine maltraite les femmes  
Maud Le Rest et Eva Tapiero, *Editions Philippe Rey*, 2022  
Les deux auteures ont recueilli de nombreux témoignages de femmes racontant les situations de souffrance, physique et psychologique, qu'elles ont vécues lors de prises en charge médicales. Elles dressent aussi un panorama alarmant des biais de genre – aux conséquences désastreuses – qui pèsent sur la santé des femmes, et proposent des pistes de réflexion pour y remédier.



**GENRE ET SANTÉ**  
Revue *La Santé en action*, N° 441, septembre 2017  
Ce numéro permet de découvrir des situations impliquant les rapports de sexe et de genre dans l'univers du soin et de la promotion de la santé. Il privilégie les travaux appliquant une approche comparée des pratiques des hommes et des femmes en matière de consommation ou de production de biens et de services de santé. Il présente également de récentes études sociologiques et fait état de pratiques en promotion de la santé et d'expériences de terrain qui prennent en compte la question du genre.



**LA THÉORIE DU GENRE**  
ou *Le monde rêvé des anges*  
Bérénice Levet, *Grasset*, 2014  
La philosophe conteste que le genre ne puisse être qu'une construction historique ou sociale. Toutefois, Bérénice Levet se situe à égale distance entre les partisans du genre et ses opposants. Et s'interroge : dans cette promesse d'un monde où il n'y aurait plus ni hommes ni femmes, mais des êtres rendus à une prétendue neutralité originelle, n'y a-t-il pas une volonté de couper les ailes du désir hétérosexuel, d'exorciser la hantise de l'attraction que les deux sexes s'inspirent ?

À VOIR, À ÉCOUTER



**PETITE FILLE**  
Documentaire de Sébastien Lifshitz, *Arte*, 2020  
« Quand je serai grand, je serai une fille », ne cesse de répéter Sasha, 8 ans, à ses parents. Le documentaire suit au quotidien le parcours, ou plutôt le combat, de Sasha et de sa famille pour faire accepter que né garçon, l'enfant s'identifie comme fille. Comment faire admettre une différence quand les stéréotypes de genre sont si marqués dans notre société ? Un documentaire bouleversant, pudique, et qui incite le spectateur à s'interroger sur ce qu'est le genre.



**GENRE ET SANTÉ : OÙ SONT LES FEMMES ?**  
"La Méthode scientifique", *France Culture*, 26 mai 2022  
Quelles sont les maladies souffrant de stéréotypes de genre ? Infarctus du myocarde chez la femme ou ostéoporose chez l'homme, par exemple. Comment expliquer ce qui entrave le bon diagnostic ? Comment se défaire des vieilles conceptions où le masculin est l'unique modèle de référence ? Comme le montre l'histoire des sciences, le standard médical est le corps masculin, le féminin étant l'atypique, voire le « physiologiquement pathologique ».



# Retrouvez Mutations sur le Web !



Le site Web de *Mutations* propose un « droit de suite » des thématiques développées dans le magazine, sous forme d'articles, de vidéos ou de podcasts. Son ambition : décrypter les enjeux de l'actualité dans les domaines sanitaire, social et sociétal.

Rendez-vous sur  
**mutations.fr**

# Suicide assisté plutôt qu'euthanasie

Le Comité éthique et cancer a publié le 17 janvier 2023 un avis sur la fin de vie. En cas d'évolution législative, cet organe consultatif et indépendant préfère la piste du suicide assisté à celle de l'euthanasie.

**S**i la législation sur la fin de vie devait évoluer, le Comité éthique et cancer privilégie le suicide assisté. Cet organe consultatif et indépendant a publié le 17 janvier 2023 un avis sur le sujet. Son titre : « Cadre légal de la fin de vie et demandes d'aide active à mourir. Avis et recommandations ». « S'il était admis par le législateur que le cadre juridique actuel de la fin de vie ne permet pas de répondre humainement à certaines demandes d'aide active à mourir exprimées par des personnes malades, une aide active à mourir sous la forme d'une assistance au suicide pourrait alors être prévue et encadrée par la loi », indique le Comité éthique et cancer. Il réclame une « attention particulière » envers les personnes les plus fragiles, par exemple « celles atteintes d'affections psychiatriques ».

## Oppositions vives

En revanche, ce comité estime que la légalisation de l'euthanasie, ou aide médicale à mourir, « ne peut être recommandée ». Il formule ce conseil au regard de « la vivacité des oppositions » qui animent pour l'instant certains professionnels de santé. Dans les pays qui autorisent le suicide médicalement assisté, le rôle du praticien demeure néanmoins important. C'est lui qui prescrit la solution létale au patient incurable, en vue d'une autoadministration. En amont, une procédure collégiale vise à accéder ou non à la requête du malade. Le Comité éthique et cancer préconise donc de prévoir une clause de conscience pour les professionnels de santé. Il rejoint ainsi, en partie, la position du Comité consultatif national d'éthique (CCNE), dont l'avis date du 13 septembre 2022.



Ces deux instances ont des opinions similaires sur d'autres points. Comme le CCNE, le Comité éthique et cancer exige que « des soins palliatifs de qualité soient réellement accessibles ». Cela suppose « des révisions radicales de l'organisation du système de santé » et de « sa dotation de moyens ».

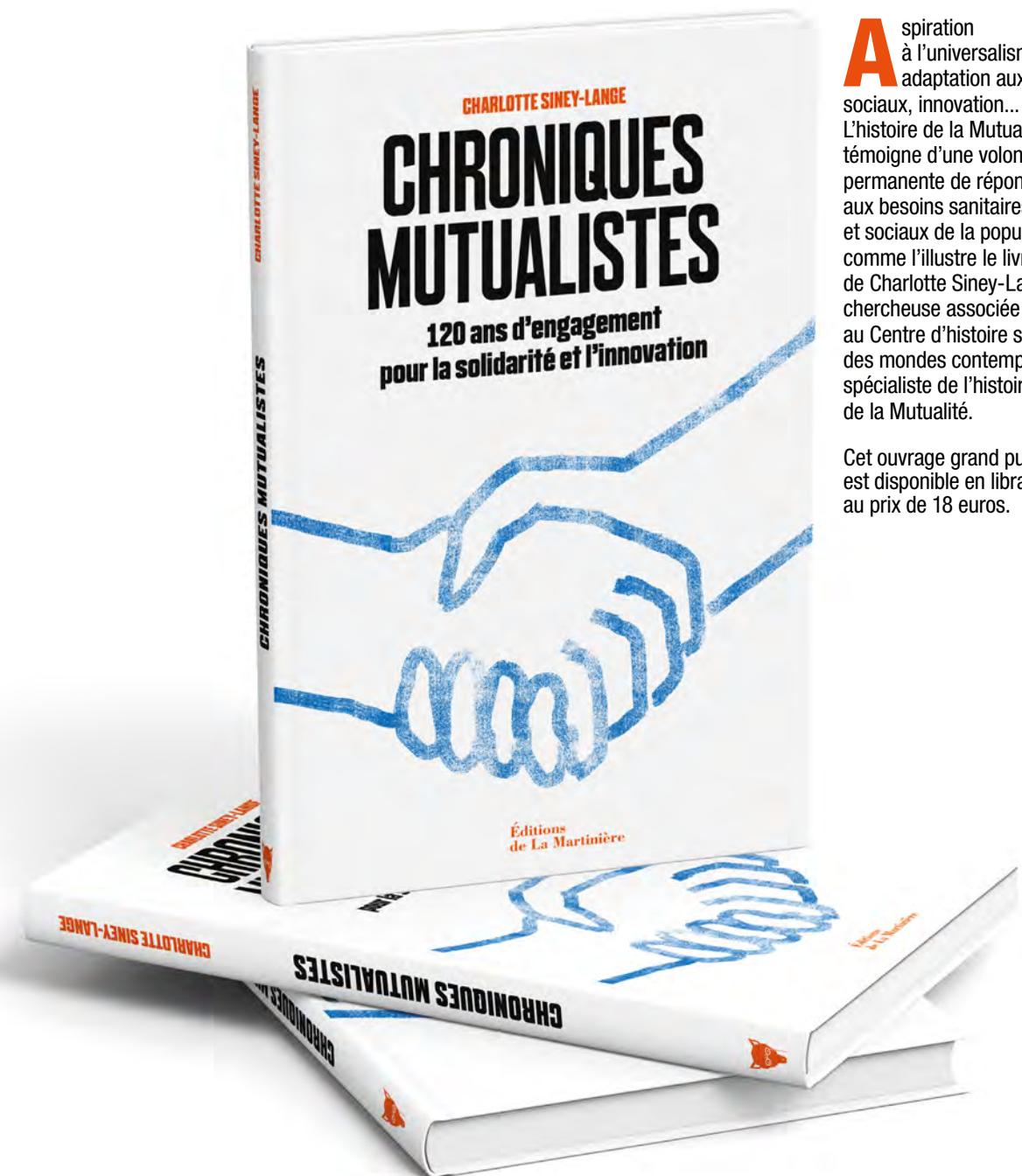
## Directives anticipées

Pour ses membres, « la société ne saurait souhaiter que disparaissent des vies qui pourraient se poursuivre ». Selon la piste retenue, le législateur accordera forcément « une place à la prévention et à la dissuasion du suicide ». La prise en charge palliative et l'intervention de psychologues ou d'écouterants faciliteraient cet objectif. Les autres améliorations attendues concernent la formation médicale et l'information des patients. Un effort

notable devrait porter sur la promotion des directives anticipées, ce que défend aussi le CCNE. Le présent avis suggère de mener des actions de sensibilisation au sein des cabinets médicaux, des établissements de santé ou des pharmacies. Il évoque d'autres possibilités par le biais des mairies, des professions du notariat ou des établissements proposant des contrats d'obsèques. Enfin, le Comité éthique et cancer invite à évaluer toute nouvelle réglementation ainsi que les pratiques qui en découleraient. « C'est maintenant à la société, aux acteurs politiques que sont les citoyens et leurs représentants, de décider des conciliations pratiques qu'ils souhaiteront pour faire coexister en son sein les aspirations hétérogènes qui s'y manifestent en matière de fin de vie », conclut-il.

Paula Ferreira

# L'INNOVATION PERMANENTE !



**A**spiration à l'universalisme, adaptation aux défis sociaux, innovation... L'histoire de la Mutualité témoigne d'une volonté permanente de répondre aux besoins sanitaires et sociaux de la population, comme l'illustre le livre de Charlotte Siney-Lange, chercheuse associée au Centre d'histoire sociale des mondes contemporains, spécialiste de l'histoire de la Mutualité.

Cet ouvrage grand public est disponible en librairie, au prix de 18 euros.

# Le massage : 0% blabla 100% résultats

En cabinet, en institution  
ou en entreprise, le massage  
est un indispensable  
chemin de santé.

De tradition occidentale  
(suédois, massothérapie...)  
comme orientale (shiatsu,  
chinois...), le massage joue sur  
tous les registres d'efficacité :  
muscles, fascias, circulation,  
réflexologie, relaxation...

Formés selon les normes  
de la Fédération française  
de massages bien-être,  
les professionnels affiliés  
France massage® s'engagent  
sur des pratiques respectueuses  
de la plus parfaite déontologie.



L'assurance  
d'un bénéficiaire  
mutuel

1000  
masseurs  
agréés

[francemassage.org](http://francemassage.org)

Contact : 01 72 76 26 56 / [secretariat@ffmbe.fr](mailto:secretariat@ffmbe.fr)

