

Horizon pluriel

Tous acteurs de la santé en Bretagne

Santé des femmes...



n° 34

... promouvoir l'égalité des chances

« Dans le domaine de la santé comme ailleurs, les inégalités entre les sexes existent et relèvent des mêmes stéréotypes et des mêmes mécanismes que dans le reste de la société. »

Catherine Vidal, Muriel Salle

« La femme n'est victime d'aucune mystérieuse fatalité ; les singularités qui la spécifient tirent leur importance de la signification qu'elles revêtent ; elles pourront être surmontées dès qu'on les saisira dans des perspectives nouvelles. »

Simone de Beauvoir



Éditorial

- 3 Sexe fort, sexe faible ?

Grand angle

- 4 La santé à l'épreuve du genre

Témoignages

- 6 Quand égalité et qualité de vie au travail riment avec performance
- 8 « La meilleure contraception, c'est celle que l'on choisit ! »
- 10 Égalité des genres en milieu scolaire : tout un cinéma !

Analyse

- 11 Précarité et pauvreté : pourquoi les femmes sont-elles plus touchées ?
- 14 La stratégie d'investissement social
- 16 Une « bonne » ou une « belle » santé ?

Controverse

- 18 Naitre fille et devenir femme, la promesse de vie en pleine santé !

Marque-page

Horizon Pluriel est une publication de l'IREPS Bretagne

4 A rue du Bignon, 35000 Rennes, contact@irepsbretagne.fr

Cette publication est disponible en ligne : <http://www.irepsbretagne.fr>

Horizon Pluriel est édité avec le soutien de l'ARS Bretagne.

Diffusion gratuite, ne peut être vendu.

Directeur de la publication : Marick Fèvre

Rédacteur en chef : Magdalena Sourimant

Comité de rédaction : Isabelle Arhant, Christine Ferron, Marick Fèvre, Gérard Guingouain, Thierry Prestel

Documentation : Flora Carles-Onno

Conception graphique : Magdalena Sourimant

Maquette : Christophe Takorian

Crédits illustrations couverture : Eugenio Marongiu, Olly, Sephirot17, Monkey, Arthur hidden, drubig, Thomas Andreas, Loreanto

Crédits illustrations : voir pages correspondantes

Impression : Imprimerie du Rimon (35)

Horizon pluriel
ISSN 1638-7090



Pour vous abonner à *Horizon Pluriel*, rendez-vous sur le site internet de l'IREPS Bretagne : www.irepsbretagne.fr > Nos ressources et prestations > Productions

éditorial

SEXE FORT, SEXE FAIBLE ?

La santé publique aime-t-elle les femmes ? Telle est la question qui a lancé ce numéro d'Horizon Pluriel. C'est, par exemple, plus souvent aux femmes qu'aux hommes que s'adressent les messages de prévention, sur un ton qui relève davantage de l'injonction que de l'empowerment, le développement du pouvoir d'agir. Les femmes, considérées comme (ir)responsables de leur propre santé, mais aussi de celle de leurs proches, à commencer par les enfants (tout n'est-il pas toujours de la faute des mères ?).

Depuis, les révélations sur les situations d'oppression et d'abus vécues par des femmes ont mis en lumière, d'une toute autre manière, ce qu'il restait d'archaïsmes sexistes dans nos sociétés progressistes.

Les rôles sociaux, pour partie sous-tendus par les représentations de genre, n'exposent pas aux mêmes risques et n'offrent pas les mêmes opportunités. Les femmes ont, en moyenne, des carrières professionnelles et des revenus inférieurs à ceux des hommes. Le droit à disposer de son propre corps, évidence pour le masculin, reste un enjeu de tensions sociales pour le féminin, autour de l'interruption volontaire de grossesse, de la contraception ou, simplement, de l'apparence physique. La notion même de liberté d'articuler, et surtout d'équilibrer, le temps professionnel et la vie privée est remise en question par une distribution inéquitable des tâches éducatives et domestiques au sein du couple et l'importance de la charge mentale qui pèse de ce fait sur les femmes.

Les représentations et pratiques médicales ne sont pas indemnes de stéréotypes de genre¹. Par exemple, l'infarctus du myocarde est labellisé « masculin » et ses symptômes bien identifiés sont principalement ceux que présentent les hommes. Il est sous-diagnostiqué chez les femmes, conduisant à davantage de mortalité. Une patiente qui se plaint d'oppression dans la poitrine se verra prescrire des anxiolytiques, alors qu'un homme sera orienté vers un cardiologue.

De même, la dépression est considérée comme plutôt « féminine » par le public comme par la médecine. Les symptômes émotionnels, tels que la tristesse, sont plus souvent exprimés par les femmes. Mais, si l'on y intègre des symptômes comportementaux tels que l'agressivité ou la consommation de substances psychoactives, la proportion d'hommes concernés augmente fortement.

À la vision globale des facteurs influant sur la santé et la qualité de vie, familière aux démarches de promotion de la santé, il nous faut intégrer la réflexion sur le genre, conjointement à celle sur les inégalités sociales. Ce numéro d'Horizon Pluriel souhaite y contribuer. ■

“ **Intégrer la réflexion sur le genre, conjointement à celle sur les inégalités sociales.** ”

MARICK FÈVRE
PRÉSIDENTE DE L'IREPS BRETAGNE

THIERRY PRESTEL
DIRECTEUR DE L'IREPS BRETAGNE

¹ « Femmes et santé, encore une affaire d'hommes », Vidal C., Salle M., Belin, 2017. Voir aussi le dossier, incluant des vidéos, sur le site de l'Inserm : <https://www.inserm.fr/index.php/information-en-sante/dossiers-information/genre-et-sante>

La santé à l'épreuve du genre

Ahez Le Meur, Directrice régionale déléguée aux droits des femmes et à l'égalité

La France et les pays de niveau socio-économique équivalant ont connu une importante amélioration de l'état de santé de leur population, comme en attestent les indicateurs de santé publique : allongement de l'espérance de vie, net recul de la mortalité infantile, etc. Pourtant, les progrès ne profitent pas à toutes et tous et les inégalités sociales de santé perdurent. Ces dernières ont été peu abordées dans une perspective de genre, c'est-à-dire une analyse de l'impact différencié selon le sexe des déterminants sociaux et des politiques publiques. Les études et les politiques de santé actuelles essaient d'éviter ce type d'erreurs, en intégrant plus systématiquement une approche genrée.

Comme le souligne Nathalie Bajos dans la revue *La Santé en Action*¹, l'analyse sous l'angle du genre dans les recherches en sciences sociales est relativement récente. Pour la santé publique, le genre est un champ d'analyse contre-intuitif parce que, dans les représentations dominantes, les femmes sont en meilleure santé que les hommes. Cette idée se fonde essentiellement sur l'espérance de vie, celle des femmes étant largement supérieure à celle des hommes dans de nombreux pays, y compris en France (85,4 ans contre 79,4 ans, en 2016).



“

La fréquence des comportements à risque (alcool, tabac) augmente chez les femmes, pour se rapprocher de ce que l'on observe chez les hommes.

“

“

L'espérance de vie en bonne santé des femmes est moindre que celle des hommes.

“

Cependant, comme indiqué dans différents rapports², si les différences en faveur d'un meilleur état de santé des femmes demeurent, elles masquent la diversité et la complexité de la réalité observée, amenant à dresser un portrait beaucoup plus contrasté. Notamment, l'espérance de vie en bonne santé des femmes est moindre

que celle des hommes et la fréquence des comportements à risque (alcool, tabac) augmente chez les femmes, pour se rapprocher de ce que l'on observe chez les hommes.

De plus, les femmes ont une perception de leur santé moins positive que les hommes et leur consommation de médicaments et de soins est plus importante. Le renoncement aux soins est quant à lui plus fréquent chez elles, par manque d'argent ou manque de temps, et ce en dépit de la mise en œuvre de la couverture maladie universelle (CMU), remplacée par la protection universelle maladie (PUMA).

La santé n'échappe donc pas aux inégalités. Les rapports sociaux de sexe et les représentations figées des rôles attribués aux femmes et aux hommes jouent, dans ce domaine comme ailleurs, un rôle important. Les inégalités professionnelles entre femmes et hommes vont à ce titre avoir un impact majeur sur la santé des femmes : la concentration de femmes dans certains secteurs d'activité, les écarts de salaire, l'instabilité et la discontinuité du marché du travail, le travail à temps partiel ou l'activité réduite, l'augmentation de la monoparentalité majoritairement assurée par les femmes, sont autant de facteurs qui placent les femmes dans une situation de fragilité supplémentaire.

Si le champ de la santé au travail est longtemps resté au « masculin-neutre », les travaux menés par l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (Anact) depuis une dizaine d'années ont permis de mettre en lumière le fait que la répartition sexuée des secteurs, des métiers ou des activités induit des conditions de travail différentes et une exposition ainsi différenciée aux risques et à la pénibilité, et donc des impacts différenciés sur la santé et les parcours professionnels des femmes et des hommes.

La promotion de la santé telle qu'elle est définie dans la charte d'Ottawa (1986) ne se réduit ni au développement d'actions préventives, ni au développement de l'offre de soins, ni à l'éducation à la santé. Elle invite à une action consciente sur les déterminants de la santé afin d'améliorer la santé de la population tout en réduisant les inégalités entre les groupes qui la composent.



Faire de la promotion de la santé, c'est inévitablement faire avec le genre. Cela passe tout d'abord par le renforcement de la prise en compte du genre dans le champ de la recherche en santé, mais également par une sensibilisation des professionnels de santé à l'intérêt et l'utilité d'une lecture de leurs pratiques professionnelles dans une perspective de genre. Un travail sur les représentations des professionnels de santé, mais également des femmes elles-mêmes, apparaît nécessaire.

Un exemple frappant peut être cité : l'augmentation et la relative « invisibilité » des risques cardio-vasculaires chez les femmes. Contrairement aux idées reçues, en France, les femmes meurent huit fois plus de maladies cardiovasculaires que du cancer du sein. De plus, parmi les 147 000 personnes qui décèdent en France chaque année d'une maladie cardio-vasculaire, plus de 54 % sont des femmes.

Pour autant, le Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes, ainsi que d'autres études, ont montré qu'à symptômes équivalents de suspicion d'infarctus, les femmes consultaient plus tard que les hommes. Ce retard est notamment lié au fait que dans les représentations dominantes l'infarctus reste une maladie d'hommes, et que le niveau d'exams prescrits pour les femmes et les hommes n'est également pas le même.

Cet exemple est intéressant car il montre comment les représentations genrées touchent à la fois les populations et les professionnels. Dans l'objectif de lutter contre ces idées fausses, la Fédération française de cardiologie a réalisé un spot de sensibilisation afin de prévenir les maladies cardiovasculaires chez les femmes, pour les inciter à se faire dépister et à reconnaître les signes pathologiques³.

Prendre en compte la santé des femmes en tant que telle dans l'action publique est donc indispensable. La loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé l'a encore rappelé dernièrement, en indiquant que la politique de santé « tend à assurer la promotion de conditions de vie favorables à la santé, l'amélioration de l'état de santé de la population, la réduction des inégalités sociales et territoriales et l'égalité entre les femmes et les hommes et à garantir la meilleure sécurité sanitaire possible et l'accès effectif de la population à la prévention et aux soins ». Le ministère de la Santé, dans cette perspective, édite depuis 2016 une feuille de route annuelle relevant les enjeux particuliers à la santé des femmes, permettant ainsi de réduire les inégalités de santé qui perdurent entre les femmes et les hommes. ■



© motorradbr



© georgetudy

“ Dans les représentations dominantes l'infarctus reste une maladie d'hommes. ”

Le plan régional santé au travail Bretagne 2016-2020

En Bretagne, pour la première fois dans le cadre d'un plan régional santé au travail, les partenaires sociaux et acteurs institutionnels ont souhaité inscrire un axe de travail innovant sur la question de la santé des femmes. Les objectifs de l'action sont multiples :

- se doter d'un langage partagé entre préventeurs, partenaires sociaux et autres acteurs potentiels ;
- identifier les spécificités de la santé au travail des femmes en région et partager ces constats avec chaque acteur de l'entreprise et chaque préventeur ;
- prendre en compte l'aspect sexué dans l'évaluation des risques professionnels et le plan d'action en découlant ;
- intégrer le risque de sexisme dans le plan d'actions associé au document unique d'évaluation des risques professionnels (au titre des facteurs ambiants, du harcèlement moral ou sexuel) ;
- outiller les acteurs à la mise en place de démarches de prévention prenant en compte les effets différenciés du travail sur la santé des femmes et des hommes, mais aussi les expositions différenciées des femmes et des hommes dans leurs situations de travail ;
- construire un outillage pour les situations « d'urgence », violences sexuelles notamment, et porter le message et la méthodologie ainsi construite dans les entreprises, auprès des instances de représentation du personnel, des responsables ressources humaines, des réseaux de prévention, etc.

<http://bretagne.direccte.gouv.fr/Plan-regional-Sante-Tra-va-il-2016-2020>

¹ Santé publique France ed., septembre 2017.

² Rapport Santé des femmes en France, DREES, collection études et statistiques, 2009 ; Rapport Mieux prendre en compte la santé des femmes, Editions de Santé et Presses de Sciences Po 2013.

³ <https://www.youtube.com/watch?v=8gZt0qRurXU>

Quand égalité et qualité de vie au travail riment avec performance

Entretien avec Hélène PLASSOUX, chargée de mission, Aract¹ Bretagne

Les écarts de situations de travail entre les femmes et les hommes produisent des effets différenciés sur la santé. Les femmes et les hommes n'occupent pas les mêmes postes, ne vivent pas les mêmes conditions de travail, n'ont pas d'accès aux mêmes parcours professionnels, ne subissent pas les mêmes contraintes liées à la conciliation des temps privé et professionnel.

L'impératif de tendre vers plus d'égalité professionnelle reste aujourd'hui une préoccupation largement partagée. Pour autant, les enjeux humanistes ne suffisent pas pour que les entreprises s'y investissent de manière concrète.

Une approche proposée par l'Aract Bretagne tient compte de cette réalité, en reliant de manière opérationnelle les enjeux de l'égalité professionnelle femmes-hommes avec ceux de la qualité de vie au travail des salarié.e.s, source de performance dans les organisations.

Comment la question de l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes a-t-elle été portée par l'Aract Bretagne auprès des entreprises ?

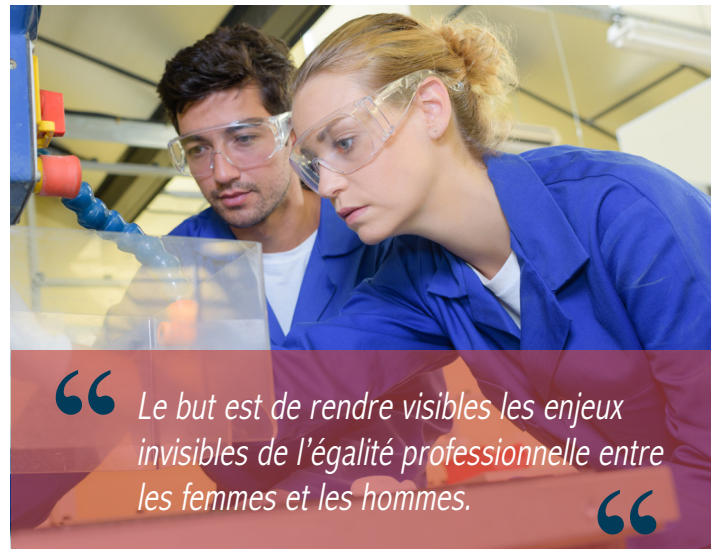
L'Aract Bretagne est mobilisée depuis 2003 sur la question des conditions de travail et de la santé des femmes. De plus, la Bretagne fait partie des « Territoires d'excellence » retenus par le ministère des Droits des Femmes pour conduire un programme expérimental en 2013-2014 en faveur de l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes. Dans ce cadre, l'Aract a mis en place des dispositifs d'accompagnement collectifs nommés « Clusters égalité » regroupant au total 21 entreprises bretonnes. Ces entreprises ont bénéficié de temps de formation collectifs (avec un.e représentant.e des salarié.e.s et un.e représentant.e des dirigeant.e.s) alternés avec des appuis individualisés associant des groupes de travail internes.

Cette démarche a permis de consolider les méthodes et les outils développés par le réseau Anact²-Aract, en proposant un modèle d'accompagnement innovant, destiné à faire progresser l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes dans les entreprises.

En quoi consiste l'approche proposée par l'Aract ? Comment peut-on aider les entreprises à se saisir des questions de l'égalité professionnelle ?

Le but est de rendre visibles les enjeux invisibles de l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes. Pour ce faire, nous proposons une approche qui part d'un diagnostic partagé des situations de travail.

Dans un premier temps, un groupe interne, mixte et représentatif des différentes situations de travail est constitué, associant des représentant.e.s du personnel. Pas à pas, le groupe va identifier des



“ Le but est de rendre visibles les enjeux invisibles de l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes. ”

© auremar

écarts de situation entre les femmes et les hommes, en s'appuyant sur des données sociales et de santé. La mise en débat de ces écarts va permettre au groupe d'identifier les inégalités.

D'un point de vue méthodologique, le diagnostic partagé passe par l'analyse détaillée des données sociales et des indicateurs de santé selon quatre axes correspondant aux causes structurelles des inégalités dans le travail :

- La mixité des effectifs
- Les parcours professionnels
- Les conditions de travail et les risques professionnels
- L'organisation du temps dans et hors travail

La deuxième étape consiste à identifier les enjeux de l'égalité professionnelle femmes-hommes en les reliant aux enjeux stratégiques de l'entreprise.

En croisant ces enjeux et les solutions envisagées pour réduire les écarts, le groupe de travail va bâtir un plan d'actions. Des méthodes d'animation faisant appel à l'intelligence collective permettent de trouver de nombreuses pistes d'actions qui seront à prioriser pour aboutir à un plan d'action réaliste et durable.

La priorité sera donnée aux actions qui servent au plus grand nombre d'acteur.trice.s et qui couvrent plusieurs domaines. Cela sera, par exemple, le cas d'un projet d'adaptation des postes de travail pour permettre l'accès des femmes à une chaîne de production. Ce type d'action offre une perspective d'amélioration des conditions de travail de tous et de toutes. Cette adaptation va également servir la prévention des risques professionnels qui est un enjeu fort pour les entreprises, conscientes du coût généré par l'absentéisme et les maladies professionnelles.



©PR Image Factory

Quel argumentaire sera le plus efficace pour convaincre les entreprises de s'investir dans l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes ?

Au-delà des enjeux humanistes et de justice sociale, les enjeux associés à la mise en place d'un plan d'actions durable en faveur de l'égalité professionnelle dépendent de son contexte.

L'argumentaire en faveur de l'égalité professionnelle variera donc en fonction du secteur d'activité, des caractéristiques de la population, des projets en cours, de la situation économique, des préoccupations en matière de gestion des ressources humaines, ainsi que de la culture d'entreprise.

Pour une entreprise de négoce, l'argumentaire de la réduction de coûts sera très efficace, tout comme l'argumentaire centré sur l'efficacité organisationnelle. Citons un exemple : les postes aux caisses dans les supermarchés étant majoritairement occupés par les femmes, les départs en congé maternité posent des problèmes de gestion des remplacements ; dans ce contexte, une politique de formation visant la polyvalence professionnelle, gage important de l'accès des femmes à des postes traditionnellement réservés aux hommes, permettra une plus grande efficacité organisationnelle et sera un argument entendu.

Pour un organisme d'éducation populaire, c'est l'argument de la mixité, considérée comme nécessaire à la socialisation harmonieuse des filles et des garçons, qui « fera mouche ». L'organisme y verra un enjeu éducatif stratégique. L'argument de la mixité sera également entendu dans le secteur du numérique où les entreprises peinent à recruter et pour son impact en termes d'innovation.

L'expérience des « Clusters égalité » a permis à l'Aract de capitaliser un savoir-faire. Comment pensez-vous en faire bénéficier d'autres entreprises ?

Le modèle de compréhension des inégalités dans le travail, fondé sur les 4 axes d'analyse et utilisé dans la phase de diagnostic, permettra d'outiller l'accompagnement des changements organisationnels en anticipant les effets possibles sur l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes. Par exemple, une entreprise qui souhaite déployer le télétravail devra se poser un certain nombre de questions pour organiser le travail hors des murs : ce changement aura-t-il une incidence sur la répartition sexuée des activités ou permettra-t-il de favoriser la mixité ? Quel sera l'impact sur les parcours professionnels des femmes et des hommes ? Quelles conséquences en termes de

“ Une politique de formation visant la polyvalence professionnelle, gage important de l'accès des femmes à des postes traditionnellement réservés aux hommes, permettra une plus grande efficacité organisationnelle. ”

conciliation des temps privé et professionnel ? Quelle incidence sur les risques professionnels comme les risques psycho-sociaux pour lesquels nous savons que les femmes sont surexposées dans leur travail ?

À l'issue de la phase expérimentale, l'Aract a également créé une solution de transfert destinée aux professionnels de l'emploi et du travail. C'est un jeu pédagogique Egalité EnJouer³ innovant, conçu en collaboration avec la société Evolud². Il a pour vocation d'apprendre à celles et ceux qui sont en lien avec les dirigeants ou dirigeantes comment argumenter en faveur de l'égalité professionnelle en faisant le lien avec les enjeux de la qualité de vie au travail et de la performance.

L'ambition de l'Aract aujourd'hui est de former des relais pour essaimer l'intérêt pour ces questions auprès du plus grand nombre. ■

Propos recueillis par Magdalena Sourimant

“ L'argument de la mixité sera également entendu dans le secteur du numérique pour son impact en termes d'innovation. ”



© Rido

¹ Association régionale pour l'amélioration des conditions de travail

² Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail

³ La conception a été co-financée par le Fonds Social Européen dans le cadre du projet « question(s) d'égalité » porté par OPCALIA



© auremar

« La meilleure contraception, c'est celle que l'on choisit ! »

Olivier Bernard, Chloé Bertin et Lydie Porée, membres de la commission contraception-IVG du Planning familial 35

Dans le quotidien des femmes, la contraception est pour la grande majorité ce qui leur permet de vivre leur sexualité librement, sans crainte d'une grossesse non souhaitée, et il faut que ce soit en toute connaissance de cause, sans injonction. La contraception est un acquis précieux : la libération de la sexualité asservie à la procréation, tellement intégrée dans les habitudes qu'il semble aujourd'hui inconcevable de revenir en arrière. Pourtant, comme de nombreux droits des femmes, l'accès à la contraception doit encore et toujours être défendu, notamment dans le contexte actuel de la polémique autour de l'usage de la pilule. Le Planning familial se mobilise auprès des populations, et en particulier des plus jeunes, pour promouvoir une information fiable et éclairante et pour défendre l'idée que « la meilleure contraception, c'est celle que l'on choisit ».

En 1967, la loi Neuwirth légalisait l'usage de la contraception et notamment de la pilule. Il a fallu attendre 1972 pour voir publiés les décrets d'application. Depuis cette date, la progression de l'usage de la pilule a été constante pendant une trentaine d'années, passant de 27 % des utilisatrices de contraception en 1978 à 45 % en 2000, alors que les méthodes traditionnelles (abstinence périodique et retrait) tendaient à être abandonnées, passant de 23 % à 3 %.

Mais, depuis 2000, les enquêtes de l'INED (Institut national des études démographiques) montrent une inversion de ces tendances, faisant régresser l'usage de la pilule à 33 % en 2013. Cette désaffection s'est faite légèrement au profit du dispositif intra-utérin (DIU) dit « stérilet » (passé de 17 à 18 %) mais surtout du préservatif (passé de 7 à 12 %) et des méthodes dites « naturelles » (3,5 % à 7 %). Pendant ce temps, les méthodes de stérilisation féminine restaient peu répandues (2,4 %), ayant même tendance à régresser, alors que la stérilisation masculine restait marginale (0,3 %), contrairement à la plupart des pays voisins de la France.

L'enquête « Baromètre Santé 2016 contraception » de l'INED montre la poursuite

de la désaffection vis-à-vis de la pilule, à l'exception des âges « extrêmes » (avant 20 ans et après 40 ans).

“

L'enquête « Baromètre Santé 2016 contraception » de l'INED montre la poursuite de la désaffection vis-à-vis de la pilule.

”

Plusieurs facteurs concourent à cette évolution :

- Tout d'abord, une prise de conscience écologique qui aboutit à une méfiance vis-à-vis de tout ce qui est « chimique » et le souhait de revenir vers des comportements perçus comme plus proches de la nature, en rejetant tout produit de synthèse et en cherchant à ne pas modifier des phénomènes physiologiques comme le cycle hormonal et les règles.
- À cela s'ajoute la défiance vis-à-vis de l'industrie pharmaceutique, notamment dans le sillage du scandale du Mediator.
- Ces mouvements d'opinion ont été majorés par les révélations tardives concernant les progestatifs de 3^e et 4^e génération. Alors que, dès 1995, plusieurs études, publiées dans la revue britannique de référence The Lancet, relayées dans la revue indépendante française Prescrire, signalaient la majoration des risques cardio-

Égalité des genres en milieu scolaire : tout un cinéma !

Fabrice Kas, président de la Commission régionale prévention de la Mutualité Française Bretagne, membre du comité de pilotage de la Marche solidaire contre les violences faites aux femmes dans les Côtes-d'Armor

L'École compte parmi ses missions essentielles celle de garantir l'égalité des chances entre les filles et les garçons. À cette fin, elle doit veiller à favoriser, à tous les niveaux, la mixité et l'égalité, notamment en matière d'orientation, ainsi qu'à prévenir les comportements sexistes et les violences qui peuvent en résulter. La loi du 8 juillet 2013 pour la refondation de l'École rappelle que la transmission de la valeur d'égalité entre les filles et les garçons, les femmes et les hommes, se fait dès l'école primaire. Cette politique publique est une condition nécessaire pour que, progressivement, les stéréotypes s'estompent et que d'autres modèles de comportement se construisent sans discrimination sexuelle ni violence. Elle a pour finalité la constitution d'une culture de l'égalité et du respect mutuel.

Filles et garçons continuent à se conformer à ce qui est présenté comme leurs domaines respectifs de compétences dans des schémas socioprofessionnels fortement stéréotypés. Cette persistance des choix sexués est autant le fait des garçons que des filles.

Il faut donc amener les élèves à déconstruire eux-mêmes ces représentations sexuées dans leur quotidien, à et hors l'école. Le cinéma de fiction peut être un outil pour faire s'interroger les élèves sur les stéréotypes de genres et leurs représentations. La Mutualité Française Bretagne l'exploite dans le cadre d'un projet global d'animation, « La Santé en Images ». Un collectif de partenaires travaille sur une approche transversale de la santé en abordant les thèmes des ressources en santé et en décrivant les parcours de vie de chacun des personnages des films. Cette approche s'inscrit résolument dans une démarche de développement de compétences psychosociales afin de prévenir des

“

Il faut amener les élèves à déconstruire eux-mêmes ces représentations sexuées dans leur quotidien, à et hors l'école.

”



©Syda Productions

conduites à risques et la souffrance psychique, notamment chez les adolescents.

Les films comme « Billy Elliot » ou « Joue-la comme Beckham » permettent aux élèves de s'interroger sur les idées reçues et sexuées autour de la

mixité et l'égalité professionnelle, sportive...

« Wadjda » permet d'aborder l'égalité des droits et la volonté des femmes d'y parvenir à partir d'une idée simple : vouloir faire du vélo pour une jeune fille. L'empathie pour les personnages, le débat entre camarades autour de ces thèmes créent des conditions pour déconstruire les représentations,

s'interroger et remettre en cause certains stéréotypes de genre. À l'issue, il est possible de développer d'autres programmes pour intégrer le défi de l'égalité entre filles et garçons dans le quotidien de la vie scolaire, comme l'illustre une dynamique à l'œuvre dans la ville de Lamballe.*

*L'expérience de la ville de Lamballe

Par l'intermédiaire du Conseil Local de Sécurité et de Prévention de la Délinquance, la Ville de Lamballe fait un travail transversal sur l'égalité femmes/hommes qui entre pleinement dans le cadre de la promotion de la santé. Plusieurs établissements scolaires de la commune mènent des actions sur cette thématique grâce à son soutien :

- lycée Henri Avril : utilisation du jeu « Équité Toi », de l'association Adaléa, jeu de plateau qui aborde l'égalité dans les diverses sphères de la société ;
- collège Gustave Téry : mise en place du programme « Cet autre que moi » de l'association « Je Tu Il », dont l'objectif est d'instaurer des espaces d'échanges, de mise en mots de la relation à l'autre comme à soi-même : vie affective et sexuelle, notion de victime, différence, genèse et différentes formes de la violence, repré-

sentations sexuées, rôle du groupe, regard de l'autre, consentement... Cette action a été conduite par le Centre d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles (CIDFF), qui a signé une convention de partenariat avec le Rectorat d'académie sur l'égalité filles/garçons à l'école ;

- collège Sacré Cœur : travail sur l'évolution des droits des femmes (exposition au centre de documentation et d'information, analyse par les élèves des œuvres et des parcours de femmes connues).

Ces actions menées en milieu scolaire s'inscrivent dans une démarche de prévention globale, la ville de Lamballe étant impliquée dans nombre d'initiatives, pour ne citer que sa participation active dans la lutte contre les violences faites aux femmes.



©Monet

Précarité et pauvreté : pourquoi les femmes sont-elles plus touchées ?

Roselyne Joanny, chargée de projets et d'ingénierie, Ireps Bretagne

Bien que l'égalité entre les sexes constitue en France un objectif affiché des politiques publiques, des différences profondes entre les femmes et les hommes en termes de division du travail et de rôles sociaux persistent. De nombreuses études en témoignent et il est nécessaire d'en faire connaître les contenus, afin que chacun mesure pleinement les conséquences de ce sexisme sur les conditions d'emploi, de travail et plus largement sur les conditions de vie des femmes.

Il est tout aussi essentiel d'attirer l'attention sur les situations de précarité et de pauvreté des femmes générées par ces inégalités et d'alerter, comme vient de le faire le Haut conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes¹, sur les conséquences délétères de telles conditions de vie sur leur santé.

Si ce phénomène n'est pas nouveau, son expansion mérite d'interroger le « comment agir » pour lutter contre les inégalités en cascade subies par les femmes.

Des stéréotypes de genre qui persistent

Une personne sur cinq estime encore que les femmes devraient spécifiquement se consacrer aux tâches et à l'univers domestiques². Pour une personne sur deux, les femmes disposeraient de compétences

supérieures pour prendre soin des enfants et seraient plus enclines à le faire³.

Cette représentation sociale du rôle parental et domestique de la femme contribue à la persistance de la division sexuée du travail, favorisant les parcours professionnels hachés, souvent à temps partiel et tournés vers des métiers peu rémunérés⁴, tels que ceux d'assistante maternelle, d'aide à domicile, etc. pour lesquelles elles auraient par nature toutes les qualités !

Des revenus plus faibles que les hommes

En 2014, le revenu salarial annuel moyen des femmes est inférieur de 24 % à celui des hommes. Cet écart s'explique, certes, par un moindre volume de travail et l'occupation par les femmes de postes moins rémunérés⁵ mais surtout par une différence de salaire horaire net pour un même travail (-16 % en 2014, qui se réduirait à -10 % en 2017).

Alors qu'elles disposent en moyenne d'un niveau de formation moyen supérieur à celui des hommes, les jeunes femmes sont plus fréquemment au chômage ou en situation de déclassement. L'orientation vers des métiers peu qualifiés, les interruptions de carrière consécutives à la prise de congés parentaux, le travail à temps partiel, l'articulation difficile entre la vie de famille et la formation continue, sont autant de raisons freinant l'évolution des carrières.

Elles sont, de fait, proportionnellement plus employées en contrats précaires que les hommes, avec des niveaux de salaires, des conditions de travail et des droits dérivés inférieurs à la moyenne du marché.

Ces parcours professionnels ont des conséquences sur le montant et la durée des allocations chômage attribués aux femmes. En septembre 2014, les femmes allocataires de l'assurance chômage perçoivent en moyenne 890 euros par mois, contre 1 180 euros pour les hommes⁶.

Les inégalités durant la vie active se perpétuent à la retraite : la pension moyenne des femmes (891 euros nets par mois) est inférieure de 42 % à celle des hommes (1 543 euros)⁷. Cet écart se réduit cependant lentement au fil des générations.

De la précarité à la pauvreté

Les femmes constituent aujourd'hui la majorité des personnes en situation de précarité et force est de constater que la précarité de leur emploi rime souvent avec pauvreté : elles représentent 53 % des personnes pauvres, 70 % des travailleurs pauvres et 57 % des bénéficiaires du RSA⁸.

Ce risque de pauvreté s'accroît pour les femmes à la tête de familles monoparentales (85 % de ces familles sont sous la responsabilité des femmes) : une famille monoparentale sur trois vit sous le seuil de pauvreté.

Les effets de la précarité sur la santé des femmes

Situations familiales plus fragiles, charge mentale inhérente à la gestion domestique et familiale, isolement social, conditions de travail difficiles sont autant de facteurs altérant la santé de ces femmes.

En raison de ces conditions de vie et du sentiment d'insécurité et de dévalorisation sociale qui en résulte, les femmes en situation de précarité sont davantage touchées par des troubles psychologiques et des affections psychiatriques⁹.

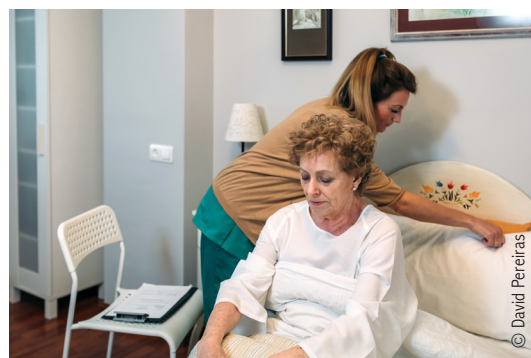
Elles ont également des risques accrus de maladies cardio-cérébro-vasculaires. Conditions et modes de vie (tabagisme, sédentarité), prise en charge médicale plus tardive, en raison de pratiques influencées par des représentations genrées (« Ce n'est pas une maladie de femmes ».)¹⁰ peuvent expliquer cette situation.

L'altération de leur santé est à relier également aux renoncements aux droits (CMU) et aux soins¹¹, à un moindre suivi gynécologique et à une participation moins fréquente au dépistage des cancers « féminins ».

Surexposées à des risques professionnels multiples (notamment du fait de changements de poste), les femmes en situation de précarité bénéficient peu des dispositifs de suivi de la santé au travail, inadaptés aux parcours professionnels discontinus.

Leurs conditions de travail pénibles favorisent les maladies professionnelles et les accidents du travail. Entre 2000 et 2015, les maladies professionnelles (notamment les troubles musculo-squelettiques) ont connu une hausse de 155 % chez les femmes, s'expliquant en partie par la forte concentration des femmes dans certaines activités « à risque »¹².

La prise en compte de la pénibilité¹³ de leur travail, comparativement aux métiers majoritairement occupés par des hommes, est largement sous-évaluée. Citons pour exemple les métiers de service à la personne et les métiers du soin dans les Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). À la pénibilité physique de leur travail, s'ajoutent une forte exigence émotionnelle, des horaires difficilement compatibles avec une vie de famille et une faible reconnaissance financière et sociale. Ces éléments sont source de frustration et d'intériorisation d'une certaine dévalorisation, augmentant la probabilité de risques psychosociaux.



Les femmes constituent aujourd'hui la majorité des personnes en situation de précarité.



Comment agir ?

Le Haut comité à l'égalité des chances entre les femmes et les hommes préconise des mesures ciblées pour améliorer l'accès aux soins, le parcours de soin des femmes en situation de précarité. Il défend l'intégration de leur santé dans les objectifs des différents programmes régionaux de santé¹⁴, et les contrats de ville.

Si ces recommandations vont dans le bon sens, elles ne s'intéressent que partiellement aux causes structurelles - culturelles, sociales et économiques - responsables des inégalités de genre et en écho, des inégalités sociales et de santé vécues par les femmes.

La réduction de ces inégalités nécessite une approche globale de promotion de la santé, prenant en considération l'ensemble des facteurs impactant les conditions de vie des femmes, avec une attention particulière portée à la combinaison de la discrimination genrée et de la discrimination socioéconomique dont elles sont l'objet. Des mesures universelles à l'attention de



“

Ce risque de pauvreté s'accroît pour les femmes à la tête de familles monoparentales (85 % de ces familles sont sous la responsabilité des femmes).

“

toutes les femmes, complétées par des mesures ciblées adaptées aux besoins des femmes en situation de précarité, doivent être élaborées et mises en œuvre.

La nécessité d'une évolution sociétale

La nécessaire remise en cause des dimensions structurelles des inégalités de genre requiert une interpellation forte des décideurs, au moyen d'une démonstration chiffrée de l'impact des normes de genre sur la qualité de vie des femmes et plus largement sur la société.

L'éducation et les lois en faveur de l'égalité des sexes ne suffisent pas. Il est nécessaire de créer un ensemble de conditions favorisant des pratiques et des comportements nouveaux envers toutes les femmes. Ceci relève de la responsabilité de la société toute entière. Le politique a alors pour rôle d'impulser, d'accompagner et de valoriser les initiatives publiques ou privées qui vont dans ce sens.

Il est temps de tenir compte également de l'évolution des familles, notamment de l'augmentation du nombre des femmes, cheffes de familles monoparentales, par des mesures de protection sociale adaptées, des politiques d'activation vers des emplois de qualité avec accès à des modes d'accueil abordables (crèches, accueil périscolaire, etc.)^{15 16} et autres services (soutien scolaire, soutien à la parentalité, etc.). Rémunérons également les métiers de service à la personne à leur juste valeur économique et sociale !

Un autre principe d'intervention en promotion de la santé mérite d'être fortement activé : l'empowerment des femmes, le développement du pouvoir d'agir. La parole s'est libérée aujourd'hui sur les violences sexuelles. Dénonçons plus largement la violence sociale qui est faite aux femmes !

Ce processus en faveur de la déconstruction des normes de genre ne pourra se faire toutefois sans associer les hommes dans la recherche de rapports de genre équilibrés et apaisés au bénéfice de tous et toutes. ■

“

La parole s'est libérée aujourd'hui sur les violences sexuelles. Dénonçons plus largement la violence sociale qui est faite aux femmes !

“

¹ Rapport du Haut conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes n°2017-05-29-SAN-027 publié le 29 mai 2017

² Femmes et hommes, l'égalité en question, édition 2017 - Insee Références - Dossier - Rôles sociaux des femmes et des hommes

³ Idem

⁴ En 2017, elles occupent 82 % des emplois à temps partiel et 62 % des emplois non qualifiés : Rapport du Haut conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes, 2017

⁵ Femmes et hommes, l'égalité en question, édition 2017 - Insee Références - Dossier « revenus et niveaux de vie »

⁶ Idem ¹

⁷ Idem

⁸ Rapport du Haut conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes n°2017-05-29-SAN-027 publié le 29 mai 2017

⁹ À un même niveau de précarité (quintile 5 du score EPICES), le pourcentage d'anxiodépressif. s est de 41,7 % chez les femmes et de 34,4 % chez les hommes.

¹⁰ Idem

¹¹ Les femmes représentent 64 % des personnes ayant reporté ou renoncé à des soins au cours des 12 derniers mois DENORE/PACTE/CNRS, Diagnostic quantitatif du renoncement aux soins des assurés de 18 Caisses primaires d'assurance maladie, 2016, p.11.

¹² La loi dite de l'égalité réelle entre les femmes et les hommes stipule que les entreprises de plus de 50 salariés doivent désormais fournir des indicateurs en santé et sécurité au travail selon le sexe et prendre en compte l'impact différencié aux expositions en fonction du sexe.

¹³ Les critères retenus pour définir la pénibilité du travail (et de fait, bénéficier de certaines mesures) correspondent majoritairement à des caractéristiques des activités traditionnellement occupées par des hommes. Pour exemple, au titre des déclarations de l'année 2015, 22,7 % de femmes pour 77,3 % d'hommes ont acquis au moins un point sur le compte de prévention de pénibilité. Données de la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV).

¹⁴ Plans régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins, Plans régionaux santé au travail.

¹⁵ Eydoux A. et Letablier M.-T. Familles monoparentales et pauvreté en Europe : quelles réponses politiques ? L'augmentation de 30 % de l'aide à la garde d'enfants, pour les familles monoparentales, a été inscrite dans le projet de budget de la Sécurité sociale pour 2018.

¹⁶ L'exemple de la France, de la Norvège et du Royaume-Uni. *Politiques sociales et familiales*, N°98 (2009/12), p.21-35.



La stratégie d'investissement social

Bruno Palier, directeur de Recherche CNRS au Centre d'études européennes de Sciences Po, co-directeur du Laboratoire Interdisciplinaire d'Évaluation des Politiques Publiques (LIEPP)

Cet article évoque les enjeux nécessaires d'une nouvelle stratégie d'investissement social et démontre pourquoi les politiques publiques doivent s'intéresser davantage aux femmes.

Depuis le milieu des années 2000, une nouvelle approche des politiques sociales a émergé, qui prône non plus le démantèlement des Etat-providence, mais leur réorientation vers l'avenir. Cette approche a parfois inspiré certaines réformes de la protection sociale, notamment en Grande Bretagne ou dans les pays nordiques¹. Elle a été en partie reprise par la Commission européenne dans son « paquet investissement social » publié en février 2013. Dans son texte, la Commission européenne donne ainsi sa propre définition de l'investissement social : « On entend par investissement social le renforcement des capacités des personnes et le soutien à leur participation dans la société et au marché du travail. »²

À l'origine destinées à compenser la perte temporaire ou définitive du revenu des travailleurs, les politiques sociales interviennent le plus souvent après coup, une fois le risque advenu. Les aides sociales visent à soutenir ceux qui sont les plus en difficulté, une fois qu'ils sont devenus pauvres. L'indemnisation du chômage, les politiques d'insertion et de retour sur le marché du travail interviennent en aval, une fois la personne licenciée, ou exclue du marché du travail. De même, les dépenses de santé financent souvent plus le soin curatif que la prévention. La part la plus importante des dépenses sociales, celle qui est consacrée aux retraites, intervient en fin de vie, une fois les carrières menées, et sanctionnent ceux qui ont une trajectoire atypique (succession de contrats précaires, interruption de carrières, temps partiel).

Pour faire face aux enjeux présents et à venir, la nouvelle approche en termes d'investissement social cherche à changer de perspective sur

les politiques sociales et à situer leur intervention en amont plutôt qu'en aval. Il s'agit de préparer pour avoir moins à réparer, de prévenir, de soutenir, d'équiper les individus et non pas de laisser jouer le marché, puis d'indemniser (plus ou moins bien) ceux qui en auraient besoin.

Cette nouvelle approche vise notamment à mieux répondre aux nouveaux besoins sociaux liés à la montée des inégalités, de la précarité et de la pauvreté laborieuse, au chômage de masse et de longue durée, à la pauvreté des plus jeunes, aux difficultés des familles monoparentales, aux phénomènes d'exclusion du marché du travail liés au manque de qualification ou aux difficultés à concilier vie familiale et professionnelle (notamment pour s'occuper des personnes dépendantes, enfants, handicapés ou personnes âgées), à l'absence de protection sociale adéquate pour les personnes ayant des parcours professionnels interrompus et/ou incomplets.

“

Il s'agit de préparer pour avoir moins à réparer, de prévenir, de soutenir, d'équiper les individus.

“

Alors que l'on a longtemps opposé l'économique et le social, cette perspective insiste aussi sur la capacité de certaines politiques sociales à stimuler la croissance et l'emploi. L'objectif est d'éviter que certains problèmes n'émergent (éviter le chômage ou l'exclusion en premier lieu) et ainsi de réduire les dépenses liées à ces problèmes. Il s'agit en outre de permettre à

tous (hommes et femmes, jeunes et salariés vieillissants) de travailler, donc d'augmenter les taux d'emploi, et ainsi d'augmenter les contributions de chacun au financement du système de protection sociale.

La stratégie d'investissement social peut ainsi permettre de définir de nouvelles priorités pour l'Etat-providence et ainsi de guider les réformes de la protection sociale au-delà de la seule volonté de réduire les dépenses sociales. Elle repose sur un changement des modalités d'intervention, plus tournées vers l'amont, fondées sur les services, et visant l'accompagnement des personnes tout au long de leur (nouveau) parcours de vie (plutôt qu'en fonction des risques encourus).



©Woodapple

Il s'agit de mieux aider les femmes, les jeunes et les enfants. Il s'agit aussi de réorganiser le travail et de transformer les parcours professionnels.

La stratégie d'investissement social met en avant un certain nombre d'objectifs sociaux et économiques. Il s'agit fondamentalement de fournir une orientation globale pour les réformes de la protection sociale afin de renouveler les politiques sociales et de les adapter aux mutations sociales et économiques contemporaines.

Ces mutations sont caractérisées par l'évolution des économies industrielles vers des économies nouvelles, dans lesquelles les qualifications jouent un rôle de plus en plus important. On parle d'économie de la connaissance, où la croissance et la création d'emploi sont stimulées par l'innovation et la qualité. Ces mutations répondent aussi aux problèmes sociaux d'aujourd'hui, déjà évoqués. Il y a donc un problème de qualification pour occuper les emplois d'aujourd'hui et préparer ceux de demain d'une part, et un manque de services sociaux adaptés aux nouveaux besoins sociaux d'autre part.

La stratégie d'investissement social repose sur l'idée que le développement de certaines politiques sociales peut permettre de répondre à ces deux enjeux en même temps. Il s'agit notamment des politiques sociales centrées sur la petite enfance, sur la formation tout au long de la vie, les politiques d'aide aux jeunes, les politiques actives du marché du travail, les politiques de conciliation entre vie familiale et professionnelle, les politiques de prévention en matière de santé, notamment au travail, la prise en charge collective et de qualité des personnes dépendantes.

Ces politiques visent le développement de services permettant de répondre aux nouveaux besoins sociaux et de mieux prendre en charge les groupes de personnes souvent négligés par les systèmes traditionnels de protection sociale (les jeunes, les femmes, les précaires). Elles permettent en même temps d'investir de façon précoce et continue dans le capital humain de toutes les personnes, leur donnant ainsi les atouts nécessaires à leur réussite scolaire et professionnelle. Ces investissements dans le capital humain de la population doivent aussi permettre le développement d'emplois à haute valeur ajoutée.

À titre d'exemple des interactions positives entre objectif social et économique, on peut ici mentionner les politiques visant à permettre aux femmes de travailler autant qu'elles le souhaitent. L'aspiration des femmes à l'activité professionnelle engendre de nouveaux besoins

“

On peut ici mentionner les politiques visant à permettre aux femmes de travailler autant qu'elles le souhaitent.

”

sociaux en termes de prise en charge des enfants, des personnes âgées ou dépendantes, en termes aussi d'adaptation des modes d'organisation du travail. Mais le développement de l'activité professionnelle des femmes permet aussi de dégager de nouvelles opportunités, amorçant une dynamique vertueuse en termes d'emploi : développement de services nouveaux à forte intensité de main-d'œuvre, lutte contre la pauvreté et la précarité (il existe un lien fort entre travail des mères et réduction de la pauvreté infantile), égalité des chances (la socialisation précoce des enfants permettant de lutter contre l'inégalité d'héritage culturel), augmentation des recettes fiscales et sociales grâce à l'augmentation des taux d'emploi des femmes.

Si l'augmentation de la participation de tous et de toutes au marché du travail s'avère essentielle, elle passe par des emplois de qualité. La stratégie d'investissement social ne peut être réduite à de simples mesures d'activation qui pousseraient les individus à prendre n'importe quel emploi, tellement mal rémunéré qu'ils nécessiteraient un complément de revenu financé par les pouvoirs publics : ni l'objectif de lutte contre la pauvreté, ni l'objectif de rendre l'ensemble des dépenses sociales soutenables ne seraient alors atteints. ■

¹ Voir Avenel, Boisson, Duvoux, Fourel, Jullien, Palier, 2017, L'investissement social, quelle stratégie pour la France ? La Documentation française.

² Communication de la commission européenne : « Investir dans le domaine social en faveur de la croissance et de la cohésion, notamment par l'intermédiaire du Fonds social européen, au cours de la période 2014-2020 », COM(2013) 83 final.



© maroke

Une « bonne » ou une « belle » santé ?

Oumaya Hidri Neys¹, sociologue, maîtresse de conférences HDR à l'Université de Lille 2
et Cindy Louchet², doctorante en sociologie, ATER à l'Université d'Artois



Depuis les années 80, la prise en charge de notre apparence physique - que l'on peut définir par l'ensemble des caractères physiques (le poids, la taille, les mensurations, etc.), des attributs (la tenue vestimentaire, les accessoires, la coiffure, le maquillage, etc.) et des attitudes corporelles (les postures, les expressions, etc.) - est soumise à des injonctions pressantes³. L'industrie des cosmétiques et des soins personnels, secteur phare de l'économie française, s'inscrit d'ailleurs dans une course à l'innovation produisant des normes corporelles inatteignables et plaçant les individus dans un processus de transformation corporelle inachevable. Avec succès, si l'on se réfère aux ménages français qui, en 2015, ont dépensé 84 milliards d'euros pour leur budget « apparence physique », ce qui représentait 3 000 euros en moyenne par ménage⁴. Les Français s'essayaient donc au « jeu des apparences »⁵.

Ces tentatives de « contrôle » de l'apparence dépendent de la nature des éléments considérés qui vont de l'utilisation de simples artifices (le maquillage, par exemple) à un investissement plus conséquent sur les plans temporel, financier et personnel (la chirurgie esthétique, par exemple). Cependant, gardons-nous de croire à la possibilité d'un contrôle « total ».

Le travail des apparences est en effet soumis à d'innombrables disparités sociales. Dit autrement, il ne s'agit pas de pouvoir faire pour faire, car comme l'a montré Pierre Bourdieu⁶, le corps « est, de toutes les manifestations de la "personne", celle qui se laisse le moins et le moins facilement modifier, provisoirement et surtout définitivement ».

De plus, si l'apparence se constitue depuis peu comme un capital pour les hommes, « le corps de la femme est institué comme son "capital" le plus précieux, qu'elle se doit d'entretenir de manière à ce qu'il reste le plus longtemps séduisant⁷ ». Pour celles qui l'oublient, les discours des médias - entre autres - sont là pour leur rappeler. Ces discours moralisateurs prennent la forme d'injonctions et reprennent tout à fait le mode opératoire d'imposition des normes corporelles. Ces normes esthétiques sont d'autant mieux légitimées qu'elles sont associées, depuis quelques années, à des normes de santé. On peut citer l'exemple de la publicité Nestival qui, sous couvert d'un objectif de santé (« Avec Nestival, votre ligne se refait une santé »), assigne au corps féminin les mensurations suivantes : « 85-63-89 ». Ou encore cet article paru dans la rubrique Santé/Bien-être du magazine Maxi⁸ qui conseille à ses lectrices de « cesser enfin d'essayer désespérément d'être le reflet de la femme "idéale" » et récuse, en s'appuyant sur le discours médical (psychiatres et médecins), toute idée de norme ou d'imposition d'un modèle.

“

Les normes esthétiques sont d'autant mieux légitimées qu'elles sont associées, depuis quelques années, à des normes de santé.

“

Pourtant, deux photos accompagnent l'article : la première présente une femme souriant aux 52.5 kilos que sa balance affiche ; la seconde montre cette même jeune femme déçue face aux

68.2 kilos affichés. Loin d'attribuer aux médias un pouvoir d'influence absolu sur les normes sociétales, nous admettons qu'ils mettent au jour et vulgarisent une norme pré-existante.

Du côté des professionnels de santé, on ne peut que constater le rapprochement entre normes esthétiques et normes sanitaires. Ces professionnels s'appuient sur l'Indice de Masse Corporelle, qui situe la relation taille-poids des patients dans une échelle à partir de la formule suivante : le poids divisé par la taille au carré. Cependant, la simplicité de cet outil va de pair avec certaines limites, comme la non prise en compte « de la véritable composition corporelle, c'est-à-dire des proportions de masse grasse et de masse maigre⁹ », de l'âge, du sexe, de la génétique etc. Tout se passe comme si le poids « normo-pondéré » était forcément synonyme de bonne santé¹⁰.

Pourtant, si l'on prend l'exemple de la consultation gynécologique étudiée par Laurence Guyard¹¹, on constate combien celle-ci fait la part belle aux normes esthétiques corporelles féminines. Lors de l'examen médical, le poids des patientes est assujéti à des remarques normalisatrices, y compris lorsqu'elles présentent un surpoids qui n'est pas problématique sur le plan médical ! On assiste à une sorte de « médicalisation de l'esthétique corporelle et une esthétisation du médical¹² ». Par ce type de discours, les praticiens renforcent celui « des "amaigrisseurs" (...) », alimentent la pression sociale autour de la minceur et s'en imprègnent¹³. Pour s'y conformer, chaque femme devrait « se prendre en main » et cela passe par le contrôle alimentaire et l'activité physique.

Rien d'étonnant à ce que les femmes déclarant suivre un régime soient en augmentation. Une part d'entre elles se tourne alors vers les groupes commerciaux d'amaigrissement qui proposent « un contrôle des conduites individuelles¹⁴ » par le comptage « des calories et des lipides ingérés par l'intermédiaire de la gestion d'un total journalier de "points" puis par la participation à des réunions durant lesquelles les

participantes sont pesées en public et conseillées en fonction des résultats affichés sur la balance.

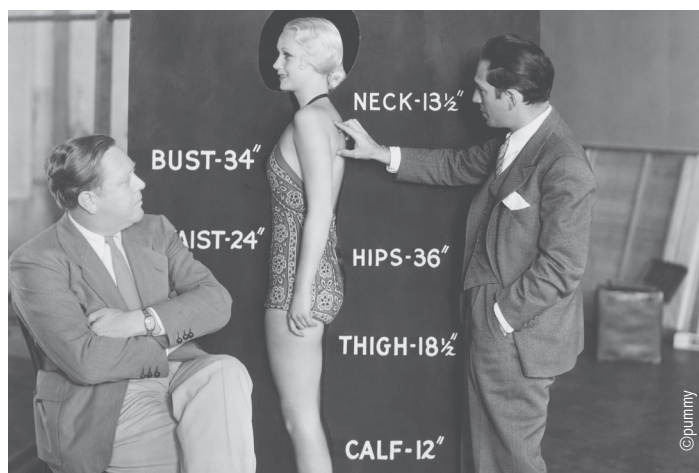
Ce contrôle des corps a également été mis au jour au sein des centres dits de remise en forme. Définis par les pouvoirs publics comme étant des « lieux mettant à disposition du public, des équipements, un environnement et des prestations d'encadrement visant à l'amélioration de la condition physique, de la détente et du bien-être de [leurs] clients », certains établissements se définissent pourtant aujourd'hui davantage comme des promoteurs de santé. C'est le cas de la franchise que nous nommerons *Forme Fitness*. Pratiquer une activité physique en son sein contribuerait, selon son argument commercial, à « la stabilité du poids, à la bonne santé des articulations, muscles et os ; aide à soulager l'arthrite et réduit les troubles anxieux et les symptômes de la dépression ». Pourtant, une fois franchi le seuil de ces structures, de nombreux dispositifs (affichage, mesures mensuelles des différentes parties du corps, valorisation de certaines « performances » corporelles, etc.) s'appuient sur des normes de santé pour imposer une norme esthétique de la féminité¹⁵.

Cette confusion permanente entre l'esthétique et la santé incite les femmes à se plier aux injonctions fondées sur les représentations sociales de leurs corps. Dans ce contexte de pression insidieuse, légitimée par un discours de santé, qu'en est-il de l'affirmation de soi des femmes et de leur estime de soi, qu'en est-il de leur pouvoir d'agir sur leur propre corps, qu'en est-il enfin de leur équilibre et de leur bien-être global ? ■

“

Tout se passe comme si le poids « normo-pondéré » était forcément synonyme de bonne santé .

”



¹ Oumaya Hidri Neys interroge le poids des apparences physiques dans différents contextes évaluatifs au sein de l'Atelier SHERPAS (URePSSS, EA 7369).

² Cindy Louchet mène une thèse sur les centres de remise en forme « réservés aux femmes » au Centre Max Weber et à l'Atelier SHERPAS.

³ Vigarello, G. (1982). Les vertiges de l'intime, *Espirit*, 62, 68-78.

⁴ Beck, P. et Serre, P. (2017). Les dépenses des Français pour leur apparence physique, *INSEE Première*, 1628.

⁵ Goffman, E. (1983). *L'ordre de l'interaction. Les Moments et leurs hommes*. Paris : Seuil/Minuit.

⁶ Bourdieu, P. (1977). Remarques provisoires sur la perception sociale du corps, *Actes de la recherche en Sciences sociales*, 14, 51-54.

⁷ Bihl, A. et Pfefferkorn, R. (1996). *Hommes/Femmes, l'Introuvable Egalité*. Paris : Les Éditions de l'Atelier/Éditions Ouvrières.

⁸ « Etes-vous vraiment prête à mincir ? », *Maxi* (2001), 748, 20-21.

⁹ C'est le constat réalisé par de nombreux chercheurs à l'image de Poulain, J-P. (2009). *Sociologie de l'obésité*. Paris : PUF ; ou encore d'Avignon, A. et Attalin, V. (2014). *Le médecin, la société, le poids : un bilan des pratiques médicales*. In Marcellini, A. et Fortier, V. (Dir.). *L'obésité en question. Analyse transdisciplinaire d'une épidémie*. Bordeaux : Les études Hospitalières, 167-196.

¹⁰ Carof, S. (2016). Poids. In Rennes, J. (Dir.). *Encyclopédie critique du genre*. Paris : La Découverte.

¹¹ Guyard, L. (2010). Des normes corporelles féminines dans la consultation gynécologique. In Guyard, L. et Mardon, A. (Dir.). *Le corps à l'épreuve du genre entre normes et pratiques*. Nancy : PUN.

¹² De Saint Pol, T. (2010). *Le corps désirable. Hommes et femmes face à leur poids*. Paris : PUF.

¹³ Basdevant, A. (2004). *Corpulence et santé. Le discours médical sur le fil du rasoir*. In Hubert, A. (Dir.). *Corps de femmes sous influence. Questionner les normes*. Les cahiers de l'Ocha.

¹⁴ Darmon, M. (2010). Surveiller et maigrir. Sociologie des modes de contrainte dans un groupe commercial d'amaigrissement. *Revue d'Études en Agriculture et Environnement*, 91/2, 209-228.

¹⁵ Louchet, C. et Hidri Neys, O. (2018, à paraître). Les centres de remise en forme « réservés aux femmes » : une injonction à la santé d'un nouveau genre ?, *Sciences sociales et santé*.

Naitre fille et devenir femme, la promesse de vie en pleine santé !

Anne Laurent

Maternité « Les Bonnes Fées », je viens de pousser mon premier cri. Mes parents ne sont pas joyeux, joyeux... « Encore une fille » soupire mon père, ajoutant, au mépris de la science chromosomique : « Tu ne sais faire que des filles, c'est quand même pas sorcier de suivre le régime recommandé pour faire des garçons ! Si t'avais accepté de faire une cure de brocolis et choux de Bruxelles au lieu de te gaver de chocolat, on n'en serait pas là ! » Bon, je viens d'arriver et je constate que c'est pas de tout repos, la vie !

2 ans, un après-midi à la ludothèque. Ouahou, les jouets ! Je me précipite sur un énorme camion en bois... mais ma nounou s'interpose : « Tu t'es trompée de coin jeu ! Le tien est là-bas, regarde, il y a une poupée que tu peux apprendre à langer, et une valise d'infirmière ». Elle se met accroupie et m'explique gentiment que, quand je serai grande, je m'occuperai bien de ma famille et que, pour ça, il vaut mieux commencer tout de suite ! Et alors, je ne peux pas m'occuper d'une famille et aimer les camions ?

14 ans, éducation à la sexualité au collège. Une révélation ! Je suis en âge de procréer, et maintenant « il faut faire attention » ! On ne badine pas avec l'amour, surtout quand il s'appelle « vie affective et sexuelle ». Mais j'ai aussi l'impression que la liste de mes responsabilités s'agrandit de jour en jour : la contraception, la longueur de ma jupe, la capacité à supporter les fines allusions de mes petits camarades : peuvent pas regarder ailleurs non ? Déjà que je suis en pleine explosion de partout, c'est pas la peine d'en rajouter.

33 ans, je suis enceinte. Première consultation, je suis un peu inquiète, je voudrais savoir si tout va bien. Je regarde les affiches de la salle d'attente. Y a un bébé coincé dans une bouteille, un ventre de femme qui fume... C'est moi ou ça fout la trouille ? Et en plus on a fêté la nouvelle avec une coupette ! Juste une, j'ai pas roulé sous la table... Ben voilà, à peine enceinte et déjà une mauvaise mère... Pour me rattraper, je note : « Ne pas prendre trop de poids - l'idéal, c'est 9 kilos », « 0 tabac 0 alcool », « manger équilibré en dévorant des folates », « ne pas stresser », « faire guili-guili avec son gros ventre »... Mais on en parle quand de mes trois



©Sunny studio

heures de transport par jour, du CO2 que je respire, de la consultation en honoraires libres de mon gynéco, de la tonne de paperasses à renvoyer à la CAF, du diamètre de mes membres inférieurs ? Sans compter mon employeur qui me dit trois fois par jour : « Ha zut ça tombe mal votre congé mat' ! » Lui qui est si fier de sa famille nombreuse...

33 ans plus 8 mois, ça approche et je flippe. Nouvelle consultation : « Vous allez allaiter ? » Ben heu... « Si, vous verrez, c'est facile ! » Ben heu... « C'est ce qu'il y a de meilleur pour votre bébé ». Ben heu... « Six mois au moins ». Ben heu... « Vous voulez le protéger votre bébé ou pas ? » Ben heu... Et on remet à mon mari une plaquette illustrée spéciale hommes. Où on lui explique que mes seins qu'il aime tant doivent être partagés et que l'allaitement c'est super parce que je suis un distributeur ambulancier de haute performance : toujours à bonne température, contrôles sanitaires toujours ok, et aucun risque d'intolérance. Évidemment il est convaincu et me fait l'article ! Comme tous ceux qui m'entourent d'ailleurs. Ok ok je vais le faire...

Premier jour de boulot post Anatole. Je fais comme on m'a dit, je garde une tétée le matin et une le soir. Je suis une Super Woman, oui ou non ? Dans la journée, je tire mon lait, trop loin de la maison et de la crèche pour rentrer. Je prends le métro avec un sac à dos et mon tire-lait dedans. Au boulot, zut j'avais oublié : l'open-space et la salle de repos vitrée ! Les toilettes viiite ! Aïe, tire-lait électrique et pas de prise de courant... Qui a un bureau qui ferme, qui a un bureau qui ferme ? Trop tard, montée de lait ! Ploc ploc, ça coule dans mon tee-shirt et quasi sur mes escarpins. Je croise mon collègue de l'open-space : « T'as vu, t'as



©pict rider



“

Je suis une Super Woman, oui ou non ?

“

J'essaye de réduire mon score mauvaise mère, mais mes efforts sont battus en brèche : j'ai accru le budget Picard, Pizza Hut est mon ami, et le soir, quand je rentre, je suis presque soulagée de voir que mon fiston est tranquillement en train de jouer sur sa PlayStation.

48 ans, Anatole fait sa crise d'ado. Je lis tout ce qui traîne pour tenter de gérer. Il faut que je me rattrape, pas vrai ? Je découvre que pour protéger au mieux mon fils de tous les dangers qui le guettent (et mon statut de monoparentale fait clignoter tous les voyants des risques deux fois plus pour lui), il faut que je garde de bonnes relations avec lui, que je suive des cours de prévention des addictions parce que c'est plus efficace avec moi qu'avec son père : il paraît que si je fume, il a 12 fois plus de risques d'en faire autant, alors que voir son père allumer une clope l'expose moins... Mais comment je fais pour garder de bonnes relations avec mon fils qui ressemble à un bébé phoque échoué sur le canapé et qui a remplacé le vocabulaire nécessaire à une conversation par des mrrrffs, ouais, chrounk ? Et, comme par hasard, c'est le moment où, de mon côté, je ne suis pas au top de la forme et je tente de l'exprimer. « T'as tes règles ou quoi ? », j'entends en face, ou encore : « Mais t'es en pleine révolution des hormones toi ? »

50 ans, c'est dur à avaler, un peu. Je reçois une convocation pour le dépistage du cancer du sein et du côlon. Joyeux anniversaire ! Ils m'aiment pas à la Sécu ou quoi ? Je sais pas moi, ils pourraient pas me livrer une petite fleur, une crème parfumée ou un massage aux huiles essentielles au lieu de me souhaiter mon anniv' avec un pack colorectal et un bon pour une mammographie ? Qui a pensé que c'était un chouette cadeau cette convocation ?

70 ans, je suis grand-mère. Ma petite-fille vient d'arriver, elle a été avec sa mère dans un espace mutualiste... « Mamiiiiie , tu sais j'ai plein de trucs pour toi : tu dois faire vérifier tes oreilles, hein, parce que tu es peut-être sourde, et tes yeux aussi, parce que si tu le fais pas tu peux devenir aveugle, et aussi ton tapis, là, ben y avait une expo où ils disaient que les tapis, c'est pas bien pour les mamies, et tu manges bien hein mamie, parce que sinon tu peux te casser un os ! Et au fait mamie, tu pourrais me faire des crêpes et m'emmener au skate et on fera du shopping et chez l'orthodontiste ? Maman travaille... » ■

une tache sur ton tee-shirt ? » Et la petite voix intérieure qui entonne, « mauvaise mère, mauvaise mère »... Et pleurer dans l'open-space, ça se fait pas trop non plus.

40 ans, Anatole va enfin à l'école. « Allo ? C'est l'infirmière scolaire. Anatole est tombé, il faut venir le chercher ! » Heu, je suis en déplacement, appelez son père. « Ah bon, mais il va pouvoir venir, il travaille pas ? Bon ben c'est pas si grave, je vais garder Anatole à l'infirmerie jusqu'à ce que son papa vienne le chercher ». Mauvaise mère, mauvaise mère...

Dring ! « Allo ? Oui c'est moi, on est aux urgences pour le bobo d'Anatole, mais t'as mis où son carnet de santé ? Et son dernier vaccin c'était quand ? Et le médecin demande s'il peut te parler parce que j'ai pas toutes les infos, et il va falloir le garder un peu à la maison, tu peux rester ? Je bosse moi demain ! »

“

*« Allo ? Oui c'est moi, on est aux urgences pour le bobo d'Anatole, mais t'as mis où son carnet de santé ? Et son dernier vaccin c'était quand ? »**

“*

41 ans, je viens de passer dans le groupe à risque des « monoparentales ». Et en accord avec mon profil, j'explose toutes les statistiques : Anatole devient rondouillard, je fume un paquet par jour, j'ai arrêté le sport, je perds 30 % de mon pouvoir d'achat... Maintenant, ma vie, c'est boulot, dodo, courses, étudiante pour Anatole, métro, foot pour Anatole...

* *La charge mentale, c'est le fait de toujours devoir y penser.*



Cette sélection vient en complément des références citées dans la revue. Loin d'être exhaustive, elle propose un échantillon de documents pertinents au regard des sujets traités et de la promotion de la santé. Elle a été réalisée par le centre documentaire de l'IREPS Bretagne.

Sociologie du genre / CLAIR I. Armand Colin, 2015. 132 p.

Traduit de l'anglo-américain, le concept de genre s'est progressivement imposé en France au cours des quinze dernières années. Il recouvre désormais un corpus incluant d'autres concepts qui l'ont précédé, tels que "rapports sociaux de sexe" ou "domination masculine". L'objectif de ce manuel est de mieux cerner la polysémie du genre et d'introduire aux recherches prolifiques qui sont rassemblées sous sa bannière. Tous les travaux de la sociologie du genre ont en commun une problématique : La construction sociale de la différence hiérarchisée des sexes et/ou des sexualités ; une ambition : faire la preuve, enquête après enquête, de la transversalité des rapports de sexe et de sexualité dans le monde social, et convaincre de la nécessité de leur prise en compte dans l'élaboration de n'importe quel objet sociologique.

Le droit des femmes à disposer de leur corps. Colloque du 27 septembre 2014 / HAUDIQUET Valérie, SURDUTS Maya, TENENBAUM Nora. Paris : Syllepse, 2015. 142 p.

Avec ce colloque, la Coordination des associations pour le droit à l'avortement et à la contraception (Cadac) poursuit son travail de restitution des réflexions et des mobilisations qui permettent aux femmes d'avancer dans les rapports d'égalité femmes/hommes. L'exercice du droit à la contraception et à l'avortement soulève de nombreuses questions : accès aux soins, libre choix des techniques, répartition des structures de soin dans le pays, politiques de santé, organisation de la (non) participation des personnes à leurs soins.

L'école apprend-elle l'égalité des sexes ? / COLLET I. Paris : Belin, 2016. 80 p.

L'école est mixte en France. Mais la mixité est loin d'être garante de l'égalité. Des filles plus discrètes en classe et des garçons qui souvent monopolisent la parole. Les premières ont les meilleurs résultats quand les seconds sont à la traîne. Une orientation scolaire qui dirige les filles vers les filières générales les moins prestigieuses et les secteurs les moins rémunérateurs. Quels sont ces mécanismes qui continuent à reproduire les inégalités entre les sexes ? Comment en finir avec les stéréotypes ? Et comment enseigner l'égalité ?

La perception des liens travail/santé : le rôle des normes de genre et de profession / BOUFFARTIGUE P., PENDARIES J.-R., BOUTEILLER J. Revue française de sociologie, vol. 51, n°2, 2010, pp. 247-280.

La perception des relations entre travail et santé est abordée à partir de deux types de sources, quantitative – l'enquête Sumer – et qualitative – une enquête localisée auprès de soignantes hospitalières et de salariés masculins de la sous-traitance dans l'industrie lourde. Trois grands modèles d'analyse des relations travail/santé sont identifiés : le travail comme facteur délétère mais méconnu, naturalisé ou dénié ; le travail comme opérateur de santé ; le travail comme facteur de sélection par la santé. Les résultats démontrent que le genre définit de manière distincte le sens et la place du travail professionnel dans la vie. Ils invitent également à mieux prendre en compte le travail non seulement comme activité concrète, mais aussi comme statut social et économique, et comme activité dont le sens et l'évaluation ne sont dissociables ni des contraintes et arbitrages de la vie quotidienne, ni des parcours sociaux, qui sont associés au rapport subjectif à l'existence et donc à la santé elle-même : pouvoir d'agir, sentiment de réussite sociale.

Genrimages

Le site Genrimages est conçu par le Centre audiovisuel Simone de Beauvoir. Il s'adresse aux enseignants, aux éducateurs, à toutes les personnes souhaitant aborder le thème de l'égalité femmes-hommes avec des élèves ou des jeunes, en les sensibilisant au décryptage des représentations (stéréotypes) sexuées présentes dans les images fixes ou animées.

<http://www.genrimages.org/plateforme/?q=genrimages/accueil>

Chiffres clés pour l'égalité femmes hommes. Les quartiers de la politique de la ville dans l'agglomération rennaise / AUDIAR. RENNES : janvier 2016

Cette étude s'intéresse à l'approche territoriale des inégalités à travers des indicateurs de genre qui permettent de dessiner un portrait de l'agglomération rennaise, souvent moins inégalitaire que la France métropolitaine. Mais des disparités importantes demeurent au niveau infra-communal, en particulier sur les NQP (Nouveaux Quartiers Prioritaires) où les contraintes qui pèsent sur les femmes en général, sont plus fortes encore pour les catégories fragiles.

<http://www.audiar.org/etude/chiffres-cles-pour-legalite-femmes-hommes>

Dernières parutions



n° 33 : C'est quoi un vieux ? Entre l'imaginaire collectif, les chiffres et la vraie vie



n° 32 : Politique de santé... ou santé dans toutes les politiques ?



n° 31 : Démocratie en santé... Libérons la parole !