

Faculté de santé publique

Le Genre au Cœur de la Santé Cardiovasculaire.

Analyse des pratiques de prévention primaire et secondaire en Fédération Wallonie-Bruxelles.

Mémoire réalisé par
Nolia Nsenga Ngoy

Promoteur
Professeur Alain Loute

Année académique 2025-2026
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Faculté de santé publique

Le Genre au Cœur de la Santé Cardiovasculaire.

Analyse des pratiques de prévention primaire et secondaire en Fédération Wallonie-Bruxelles.

Mémoire réalisé par
Nolia Nsenga Ngoy

Promoteur
Professeur Alain Loute

Année académique 2025-2026
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Remerciements

Au terme de ce long parcours académique, je voudrais remercier tous mes professeurs qui, chacun à leur façon, ont participé à l'enrichissement de ma formation.

Une reconnaissance toute particulière va à Monsieur le professeur Alain Loute pour sa disponibilité, son oreille attentive à tous égards, ainsi que pour m'avoir accompagnée et guidée tout au long de la rédaction de ce mémoire. Ses échanges si fructueux et sa grande patience m'ont souvent amenée à revoir ma documentation, mais aussi à approfondir ma réflexion. Merci également à ma lectrice, Mme Céline Chomé, qui a accepté la lecture de ce travail.

De manière chaleureuse, ma gratitude s'adresse également à Dieu,

puis à mes très chers parents : Nsenga Milambo Alain, Kapend Kamin Béatrice et Kasongo Makasa Joëlle, pour leurs prières et leur soutien indéfectible tout au long de mes quatre années d'études, et tout particulièrement pour ce mémoire.

Dans mes remerciements, je voudrais également inclure mes frères et sœurs, sans qui ce long fleuve ne serait pas si agréable à traverser. Enfin, mes remerciements vont à la sœur Cécile Gérard pour son aide si précieuse dans la relecture de ce mémoire, à toute la communauté des sœurs de la Providence, ainsi qu'à mes amis, qui m'ont soutenue et encouragée tout au long de ce travail de rédaction.

Le plagiat

Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie. Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux, ...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiant·e·s en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain.

Table des matières

1. Introduction :	1
1.1. Histoire du genre	5
1.2. Typologie des conceptualisations du genre	9
1.2.1. Le genre comme sexe social :	9
1.2.2. Le genre comme système de bicatégorisation :	10
1.2.3. Le genre comme une dimension bio-sociale	11
1.2.4. Le genre dans une perspective intersectionnelle	12
1.3. Institutionnalisation des études du genre	14
1.4. Genre en santé publique	16
1.4.1. Le genre comme un déterminant de la santé	18
1.4.2. Le genre comme un déterminant des inégalités de santé	19
1.4.3. Médecine sexo-spécifique et Médecine genrées	19
1.5. Genre et Maladies cardio-vasculaires	21
1.5.1. L'état des lieux : une urgence épidémiologique pour les femmes	21
1.5.2. Traitements et distinction entre prévention primaire et secondaire :	23
1.5.3. Focus sur la prévention des maladies cardio-vasculaires	24
2. Méthodes	26
2.1. Choix de la méthode et contexte de l'étude	26
2.2. Stratégie d'échantillonnage et de recrutement	27
2.3. L'outil de collecte des données et le déroulement	29
2.4. Méthode d'analyse des données	30
2.5. Considérations éthiques	31
3. Résultats	32
3.1. Caractéristiques générales de l'échantillon	32
3.2. Présentation des résultats	32
3.2.1. Compréhension du concept du genre	33
3.2.2. Représentations sociales et stéréotypes liés aux maladies cardiovasculaires	34
3.2.3. Modalités d'intégration du genre dans les campagnes de prévention	37
3.2.4. Genre, travail du care et dynamique professionnelle	39
3.2.5. Freins, leviers et perspectives d'amélioration	41
4. Discussion	46
4.1. Discussion des résultats en lien avec la littérature	47
4.1.1. Organisation sociétale binaire	49
4.1.2. Représentation, biais, stéréotypes et croyances	50

4.1.3. Déterminants sociaux de santé et comportements de santé.....	51
4.1.4. Recherche scientifique et formation académique	52
4.1.5. Construction du bagage professionnel des acteurs en prévention primaire et secondaire	53
4.1.6. Pratiques professionnelles et sociales.....	54
4.1.7. Inégalités sociales de santé et genre.....	54
4.2. Limites et Pistes d'améliorations	56
4.3. Perspectives.....	57
4.3.1. Pistes de recherche futures	57
4.3.2. Perspectives méthodologiques	57
4.3.3. Implications pratiques pour la santé publique	58
5. Conclusions.....	59
6. Bibliographie	61

1. Introduction :

Peut-on lier l'analyse de la prise en charge des maladies cardio-vasculaires au prisme du genre ?

Alors que, dans nos sociétés, des croyances persistantes, tant au sein de la population que parmi les professionnels de la santé, considèrent les maladies cardiovasculaires comme des maladies touchant principalement les hommes, les données épidémiologiques montrent une réalité différente. En Belgique, les maladies cardiovasculaires sont responsables de 24 % des décès chez les femmes contre 23 % chez les hommes (Vers une Belgique en bonne santé, 2025). À l'échelle européenne, cette proportion s'élève à 49 % chez les femmes contre 40 % chez les hommes (La Revue du Praticien, 2019).

Il convient néanmoins de souligner que la prévalence des maladies cardiovasculaires demeure historiquement plus élevée chez les hommes, notamment en raison d'une exposition accrue à certains facteurs de risque et comportements de santé, tels que le tabagisme ou l'hypertension artérielle (OMS Europe, 2024). Toutefois, les évolutions des modes de vie des femmes s'accompagnent d'une augmentation progressive de leur exposition à ces facteurs de risque, encore insuffisamment dépistés et pris en charge (La Revue du Praticien, 2019), les rendant ainsi davantage vulnérables aux pathologies cardiovasculaires.

Dans ce contexte, devons-nous parler d'ignorance ? D'inégalités de santé ou simplement de l'effet des stéréotypes de genre ?

De plus, que veut-on dire lorsqu'on parle de genre ? Ou, plus précisément, de genre au prisme de la santé ? Que signifie ce concept ? Renvoie-t-il à la notion de différences biologiques sexuelles ou à des différences de genre dans le cadre des maladies cardiovasculaires ? Ou les deux ? Comment se positionnent les professionnels de la santé, notamment ceux de la prévention primaire et secondaire, face à cette réalité ?

Ces différentes questions constituent le point de départ de notre réflexion dans la construction de ce travail d'analyse. Toutefois, avant de nous centrer sur le concept de genre, nous commencerons par situer les maladies cardiovasculaires dans le champ de la santé publique.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), les maladies cardiovasculaires (MCV) représentent la principale cause de décès dans le monde (OMS, 2021). Parmi ces décès, 85 % sont dus à un infarctus du myocarde ou à un accident vasculaire cérébral (OMS, 2021).

En Belgique, l'Office belge de statistique (STATBEL) a révélé qu'en 2022, près de la moitié des décès étaient attribués aux maladies de l'appareil circulatoire (27 466 décès) et aux tumeurs (27 422 décès). Chez les hommes, les tumeurs constituent la première cause de mortalité (26,6 %), tandis que chez les femmes, ce sont les maladies de l'appareil circulatoire (24,9 %) qui constituent la première cause de mortalité (STATBEL, 2025).

La Ligue Cardiologique Belge signale également que les maladies cardiovasculaires sont la première cause de mortalité chez les femmes européennes : elles représentent 42 % des décès, contre 27 % pour les cancers (Ligue Cardiologique Belge, 2022). Ces chiffres témoignent d'un enjeu de santé publique majeur, qui concerne l'ensemble de la population, mais touche particulièrement les femmes, quel que soit leur âge (Taux de mortalité ajusté dû aux MCV, 24% contre 23% chez les hommes) (Vers une Belgique en bonne santé, 2025). Ils révèlent que les MCV ne relèvent pas uniquement de la sphère médicale, mais aussi d'un enjeu social et genré.

En effet, malgré cette surmortalité avérée, il a été constaté que la santé cardiovasculaire des femmes reste insuffisamment reconnue (Ligue Cardiologique Belge, 2022). D'après l'Académie nationale de Médecine Française, cette invisibilisation est notamment liée au stéréotype persistant selon lequel l'infarctus est une « maladie masculine », qui entraîne des retards de diagnostics et une prise en charge moins efficace chez les femmes (Académie nationale de Médecine, 2025).

Revenant au concept clé de notre recherche, le genre, posons-nous la question : « Dans quelle mesure le genre est-il ignoré au sein de la production et de l'utilisation de savoirs scientifiques biomédicaux ? » (Lechaux et Saitta, 2024). Voici le début de phrase qui introduit l'article de Lechaux et Saitta (2024) intitulé : « L'ignorance de genre en santé : exhumer des savoirs que l'on ignore (encore) ». Elles mettent en avant, qu'au titre des paramètres qui structurent la construction sociale de l'ignorance dans le « monde médical », en faisant référence au monde de la médecine stricto sensu mais aussi aux firmes, à l'administration de la santé, aux associations de malades, médias, etc., le genre apparaît comme un sujet central (Lechaux et Saitta, 2024). Dans l'article, elles invitent également la communauté scientifique à documenter

l'invisibilisation de pans entiers du savoir dans le domaine de la santé, leur méconnaissance ou le désintérêt scientifique et professionnel dont le concept de genre fait partie (Lechaux et Saïtta, 2024).

Dans son article sur « le genre de la santé », Nathalie Bajos, directrice de recherche à l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) (Bajos, 2019), pose trois constats essentiels qui d'une part s'opposent entre eux, mais qui, d'autre part, nous permettent déjà de poser un premier regard sur le concept de genre.

Le premier, à caractère positif, réside dans le fait qu'interroger les enjeux de santé au prisme du genre constitue une démarche novatrice (Bajos, 2019). En effet, cette approche demeure encore trop peu mobilisée, ou souvent intégrée de manière problématique, dans la littérature scientifique en général et en santé publique en particulier (Bajos, 2019).

Cependant, dans un deuxième constat, elle nous rappelle qu'une telle approche peut être, à première vue, considérée comme contre-intuitive tant les femmes semblent bénéficier d'un avantage sur les hommes. De fait, à la naissance, elles ont toujours une espérance de vie supérieure à celle des hommes (Bajos, 2019). Dans les pays européens notamment, l'écart entre les sexes en termes d'espérance de vie à la naissance était de 6,6 ans en 2016 (80,8 ans pour les femmes contre 74,2 ans pour les hommes) et de 3,9 ans à 60 ans (Bajos, 2019). En Belgique, les chiffres de 2024 confirment également cette réalité : l'espérance de vie atteint 84,4 ans pour les femmes, contre à 80,3 ans pour les hommes (Vers une Belgique en bonne santé, 2023).

C'est toutefois, nous dit-elle, un autre constat qui se dessine lorsqu'on tient compte des incapacités et des limitations fonctionnelles, en définissant ce que les démographes appellent « l'espérance de vie en bonne santé ». L'écart entre les sexes à l'âge de 60 ans n'est plus alors que de 2,8 ans (Bajos, 2019). Parlant de ce troisième constat, de l'avantage féminin observé dans le domaine de la santé, certes variable selon l'époque, l'âge et les pathologies, il est d'autant plus intéressant à souligner qu'il s'oppose aux schémas observés dans toutes les autres sphères sociales (moindre rentabilité du capital scolaire des filles, salaires inférieurs, accès restreint aux responsabilités économiques et politiques, etc.) (Bajos, 2019).

Si, nous dit-elle, les recherches sur les déterminants sociaux de la santé, notamment le revenu, l'éducation, l'emploi et l'origine, sont nombreuses, très peu d'entre elles incluent le genre

comme un déterminant clé des inégalités sociales de santé. À l'inverse, les études biomédicales qui s'intéressent aux différences entre les femmes et les hommes omettent le plus souvent de tenir compte des caractéristiques sociales des personnes concernées.

Sans ignorer les deux premiers, c'est donc à ce troisième constat que s'intéresse notre recherche, Plus particulièrement, en partant des maladies cardiovasculaires, nous allons chercher à comprendre : **« Comment le concept de genre est-il pris en compte par les acteurs et actrices des campagnes de prévention primaire et secondaire des maladies cardiovasculaires en Fédération Wallonie-Bruxelles ? »**.

Trois objectifs spécifiques guident cette recherche :

- Explorer la manière dont les acteurs et actrices de la prévention primaire et secondaire définissent et mobilisent le concept de genre dans leurs pratiques professionnelles.
- Analyser les facteurs individuels, professionnels et structurels qui favorisent ou freinent l'intégration du genre dans les campagnes de prévention cardiovasculaire en Fédération Wallonie-Bruxelles.
- Identifier les représentations, les stéréotypes et les normes sociales qui sous-tendent les pratiques de prévention, afin de mieux comprendre les inégalités de santé genrées observées dans le domaine cardiovasculaire.

Ainsi, afin d'approfondir notre compréhension du sujet, la partie théorique de cette recherche s'articulera autour de cinq volets essentiels à la compréhension du concept de genre : l'histoire du genre (son origine), la typologie des conceptualisations du genre (les différentes définitions qui lui sont rapportées), l'institutionnalisation des études de genre, le genre dans le cadre de la santé publique, et, enfin, le genre et les maladies cardiovasculaires. Nous nous appuierons sur le paradigme constructiviste pour éclairer nos analyses (Smith, 2025).

Dans l'intention de confronter la théorie à la réalité empirique, nous avons choisi de mener une étude qualitative exploratoire en recourant à des entretiens semi-directifs individuels ainsi qu'à des focus groups. Cette approche nous permettra d'analyser le corpus de données résultant, en dégagant ainsi des récits et des représentations en lien avec notre problématique. Par la suite, à travers un arbre thématique nous présenterons les résultats consacrés à ces derniers. Enfin, nous mettrons en lumière les résultats les plus saillants, évoquerons les limites de notre recherche et suggérerons des pistes pour de futures recherches.

1.1. Histoire du genre

La notion de « genre » occupe aujourd'hui une place centrale dans les sciences humaines sociales comme l'anthropologie, l'ethnologie, la sociologie, ... ; et la santé publique, mais elle est le produit d'une histoire complexe, marquée par des déplacements successifs entre la médecine, la psychologie, les mouvements féministes (matérialiste, radical, intersectionnel) et les théories critiques. Ce concept a en effet migré entre disciplines, passant d'un outil clinique à un cadre d'analyse critique, puis à un enjeu majeur de santé publique. Loin d'être un concept figé, le genre s'est progressivement construit comme une réponse intellectuelle et politique à l'essentialisation des différences entre les sexes. Retracer l'évolution de son histoire permet de comprendre comment il est devenu un outil indispensable pour analyser les inégalités contemporaines, notamment dans le domaine des maladies cardiovasculaires.

A l'origine, le terme « gender » (pour genre) est issu de la clinique de réassignation de sexe. Il a été créé en 1955 aux États-Unis par le psychologue John Money (Saintôt, 2019). Celui-ci défend la thèse controversée d'une grande plasticité de la construction de l'identité sexuée (conscience du rapport au corps sexué) et de l'identité sexuelle (conscience de l'orientation sexuelle) jusqu'à l'âge de trois ans (Saintôt, 2019). Puisque le sexe désigne la bipartition, parfois problématique, entre homme et femme, Money propose de lui substituer le terme genre (gender) qui renvoie à l'expérience subjective de la masculinité ou de la féminité. Il va définir les termes : identité de genre comme la perception intime de soi (masculin/féminin), et le rôle de genre comme son expression publique, façonnée par les normes sociales. Dans le prolongement de ces travaux, le psychanalyste Robert Stoller reprend cette distinction en 1964, mais en insistant sur la primauté de l'identité psychique sur le sexe biologique, posant les bases d'une approche clinique des variations de genre. À ce stade, le genre est encore un concept médical, mobilisé pour comprendre les variations du développement sexuel, mais qui porte déjà en lui la possibilité d'une dissociation entre nature et culture.

C'est dans les années 1960 et 1970 que le concept change véritablement de statut. Le féminisme de la deuxième vague, nourri par les travaux de Simone de Beauvoir, Kate Millett, Shulamith Firestone ou Christine Delphy, cherche à comprendre comment les inégalités entre hommes et femmes se reproduisent dans la société (Le petit guide du genre, 2025).

Alors que durant la première vague féministe, l'accent est mis sur l'acquisition des droits politiques : droit de vote, droit d'occuper des fonctions publiques et de reconnaissance du statut

de la femme comme étant de « personne » à part entière (Le petit guide du genre, 2025), la deuxième vague de 1960, révèle une profonde mutation des mœurs et des représentations avec pour objectif principal : la maîtrise du corps fécond. Les mouvements féministes qui émergent durant cette période comme le Mouvement pour la liberté de l'avortement et de la contraception (MLAC), sont tous inspirés du livre de Simone de Beauvoir, *Le Deuxième Sexe* (Beauvoir, 1949). Celle-ci avait déjà posé les bases en 1949 : “*On ne naît pas femme : on le devient.*” Cette phrase, devenue emblématique, ouvre la voie à une lecture constructiviste du féminin. Au sein des débats de ces mouvements féministes un seul mot surgit : « gender ». Dans la même orientation que Simone de Beauvoir, le terme permet d'éclairer la compréhension des réalités de cette époque en démontrant que le sexe n'est pas un fait de nature brute mais que c'est plutôt une construction culturelle qui peut être modifiée. Pour illustrer cette pensée, les féministes matérialistes françaises, de cette période comme Delphy, vont donc montrer que l'oppression des femmes est structurelle, inscrite dans un système économique et social qu'elles nomment patriarcat (Le petit guide du genre, 2025).

À partir des années 1970, les débats féministes se diversifient, notamment dans le monde universitaire américain, où émergent des approches parfois profondément divergentes. D'un côté, des féministes telles que Julia Kristeva ou Antoinette Fouque prônent le différentialisme féministe : elles défendent l'idée qu'il existe une différence de nature, et non seulement de degré, entre les femmes et les hommes. Selon cette perspective, les femmes possèdent une identité, une sensibilité et un rapport au monde qui leur sont propres, et qui méritent d'être reconnus et valorisés en tant que tels, plutôt que dissous dans un idéal universel construit sur le modèle masculin. De l'autre côté, des féministes universalistes s'y opposent fermement, défendant au contraire l'idée que l'émancipation des femmes passe par l'accès aux mêmes droits, aux mêmes espaces et aux mêmes conditions que les hommes, sans revendiquer une nature féminine spécifique (Le petit guide du genre, 2025).

Parmi ces féministes universalistes, Shulamith Firestone occupe une place particulière. Dans son ouvrage *The Dialectic of Sex*, elle propose une cartographie des courants féministes alors en présence aux États-Unis, distinguant trois grandes tendances qui permettent de saisir à la fois la diversité des conceptions du genre à cette époque et les différentes explications avancées pour rendre compte des inégalités entre les hommes et les femmes (Le petit guide du genre, 2025) :

1. Le féminisme libéral égalitaire, en filiation directe avec l'esprit de la Révolution française et ses axes de lutte pour la liberté et l'égalité, défend l'idée que les causes des inégalités résident dans la socialisation différenciée, nourrie par les préjugés, les stéréotypes, les mentalités et les valeurs rétrogrades (Le petit guide du genre, 2025). C'est dans ce contexte intellectuel et militant que la sociologue britannique Ann Oakley publie *Sex, Gender and Society* en 1972. Elle formalise la distinction entre sex (biologique) et gender (social), et montre que les rôles masculins et féminins sont produits par la socialisation et non par la nature.

2. Le féminisme marxiste, selon lequel la fin de l'oppression des femmes coïncidera avec l'abolition de la société capitaliste divisée en classes et son remplacement par la propriété collective. Dans cette perspective, les inégalités de genre sont indissociables des inégalités économiques et de classe.

3. Le féminisme radical, courant dont Firestone elle-même se revendique, selon lequel c'est le patriarcat qui explique la domination des femmes par les hommes. Le patriarcat est ici conçu comme un véritable système social des sexes, ayant engendré deux cultures distinctes : une culture masculine dominante et une culture féminine dominée.

Malgré leurs lacunes respectives et les limites inhérentes à toute tentative de classification, ces trois grandes tendances féministes : le féminisme libéral égalitaire, le féminisme marxiste et le féminisme radical, ont joué un rôle fondateur dans l'élaboration des théories contemporaines du genre. Chacune à sa manière, elles ont contribué à déplacer le regard : du biologique vers le social, de l'individuel vers le structurel, de la différence vers les rapports de pouvoir. C'est dans ce terreau intellectuel et politique que les théories actuelles ont pris racine.

On peut ainsi constater qu'au cours de ces deux décennies, les années 1960 et 1970, une évolution décisive a eu lieu, non seulement dans la prise de position des femmes, mais surtout dans la compréhension du concept de genre lui-même. Celui-ci devient, au-delà de son caractère évolutif, un outil critique pour analyser les inégalités et un instrument permettant de dénaturer ce qui avait longtemps été présenté comme allant de soi. Le concept quitte progressivement le champ médical pour entrer dans celui des sciences sociales, porté par un projet à la fois intellectuel et politique : rendre visibles les mécanismes de domination qui structurent les rapports entre les sexes.

Dans les années 1980, le genre se transforme à nouveau. En 1986, l'historienne Joan W. Scott publie un article fondateur, *Gender : A Useful Category of Historical Analysis*, dans lequel elle propose une définition devenue canonique : le genre est à la fois un élément constitutif des

rapports sociaux fondés sur les différences perçues entre les sexes et une façon première de signifier les rapports de pouvoir. Avec Scott, le genre cesse d'être seulement une identité ou un rôle : il devient un système de signification, un principe organisateur des institutions, des représentations et des pratiques sociales.

Cette conceptualisation ouvre la voie à l'analyse des biais dans la recherche médicale, dans les pratiques diagnostiques et dans les politiques de santé ; et ce, pour une raison précise. Si le genre est un principe organisateur des institutions et des représentations, alors il structure aussi, nécessairement, la production du savoir scientifique. Les choix de ce que l'on étudie, de qui l'on inclut dans les essais cliniques, de quels symptômes l'on considère comme typiques ou atypiques, de quelles pathologies l'on juge prioritaires : autant de décisions qui ne sont pas neutres, mais qui reflètent et reproduisent des rapports de pouvoir genrés. En montrant que les différences entre hommes et femmes sont toujours prises dans des rapports de pouvoir, Scott fournit ainsi un cadre analytique permettant d'interroger les présupposés qui sous-tendent la médecine, y compris dans le domaine cardiovasculaire, où le modèle masculin a longtemps fait office de norme universelle.

Les années 1990 marquent une nouvelle inflexion avec les travaux de Judith Butler. Dans *Gender Trouble* (1990), Butler introduit la notion de performativité du genre : le genre n'est pas une essence stable, mais une répétition d'actes conformes aux normes sociales. Elle remet également en question la naturalité du sexe biologique, montrant que celui-ci est lui aussi interprété à travers des cadres normatifs (Le petit guide du genre, 2025). Le genre devient alors un processus dynamique, une construction en mouvement, traversée par des tensions, des résistances et des possibilités de subversion.

Depuis les années 2000, le concept de genre s'est imposé comme un outil transversal dans l'analyse des inégalités de santé (Le petit guide du genre, 2025). Les recherches montrent que les normes de genre influencent les comportements de santé, la perception et la communication des symptômes, les parcours de soins, les diagnostics : comme en témoigne le sous-diagnostic persistant de l'infarctus chez les femmes, ainsi que la participation aux essais cliniques. Les institutions internationales, telles que l'OMS (2018) ou les NIH, promeuvent désormais une approche intégrée, la *Sex and Gender Medicine*, qui combine l'étude des différences biologiques (sex) et des déterminants sociaux (gender) (Haut conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes, 2020). Parallèlement, la reconnaissance des identités trans et non-

binaires a élargi le champ, obligeant les politiques de santé à intégrer les parcours de transition, les effets hormonaux et les discriminations structurelles.

Cela dit, malgré cette évolution épistémologique au cours de ces dernières décennies, le terme *genre* reste polysémique et souvent confondu avec le *sexe*. Comme le soulignent Nathalie Bajos ou Colineaux et al., cette confusion persiste dans la recherche, où les statistiques « sexuées » sont parfois présentées comme des analyses de genre, alors qu’elles n’en captent pas les dimensions sociales et relationnelles. Cette polysémie invite à clarifier les approches conceptuelles pour éviter de réduire le genre à une simple variable binaire.

1.2. Typologie des conceptualisations du genre

Après ce parcours historique qui a permis de retracer l'émergence et l'évolution du concept de genre depuis ses origines médicales jusqu'à son inscription dans les sciences sociales et politiques, il convient à présent d'en examiner les différents usages contemporains. En effet, loin de constituer une catégorie univoque, le genre fait l'objet de conceptualisations variées selon les disciplines, les traditions de recherche et les contextes d'application. À la suite de plusieurs auteurs et autrices, il est possible d'identifier différentes manières d'appréhender et de mobiliser ce concept, chacune reposant sur des présupposés théoriques distincts et produisant des implications concrètes différentes, notamment dans les pratiques de santé et de prévention.

1.2.1. Le genre comme sexe social :

Par cette définition du concept de genre comme « sexe social », plusieurs auteurs nous éclairent sur la compréhension du caractère social attribué au terme « genre ».

Ainsi, Nathalie Bajos (2019) écrit qu'en santé publique, le genre renvoie à la notion de « sexe social », généralement définie comme les rôles sociaux assignés aux hommes et aux femmes au regard des normes de masculinité et de féminité qui prévalent dans une société donnée.

De leur côtés, Runnels *et al.* (2014), ne le définissent pas en partant de la santé publique, mais plutôt en le comparant au terme « sexe » pour appuyer la différence qui existe dans l'utilisation de ces deux termes. Pour eux le sexe fait référence aux processus biologiques, génétiques et physiologiques qui distinguent généralement les femmes des hommes, tandis que le genre

désigne les rôles, les relations, les comportements, le pouvoir relatif et d'autres traits que les sociétés attribuent généralement aux femmes, aux hommes.

Frank, *et al.* (2024) définissent le genre dans une approche constructiviste qui conceptualise le genre comme non déterminé biologiquement dans une approche binaire homme et femme, mais plutôt socialement construit. Ils le qualifient de construction historique composée d'attributs, normes, rôles, opportunités, responsabilités et attentes qui sont enracinés socialement, culturellement et institutionnellement, produisant certaines identités et constructions sociales de genre.

Dans le même sens, Colineaux *et al.* (2022) le définisse aussi comme une construction sociale mais de type différentiel, dans laquelle le genre correspond au fait que les normes de différents types (comportements, activités, expériences) sont prescrites différemment aux individus selon leur sexe attribué à la naissance. Le système de genre divise l'humanité selon la typologie connue sous le nom de « sexe » et associe des valeurs, des objets et des propriétés de différentes formes à chacune de ces catégories (Colineaux *et al.*, 2022).

1.2.2. Le genre comme système de bicatégorisation :

Dans cette perspective, le concept de genre s'inscrit dans une évolution des cadres d'analyse, passant d'une approche issue de la clinique du genre, notamment avec Money et Stoller, à une conceptualisation davantage ancrée dans les sciences sociales. Ce déplacement théorique ne se limite pas à un changement de définition, mais implique une transformation du regard porté sur le genre : celui-ci n'est plus uniquement appréhendé à travers les notions d'identité ou de normes, mais comme un principe structurant de l'organisation sociale.

Dans cette optique, Nathalie Bajos (2019) définit le genre comme un système de bicatégorisation hiérarchique, à la fois entre les sexes (hommes/femmes) et entre les valeurs, rôles et représentations qui leur sont socialement associés. Cette définition met en évidence que le genre ne se réduit pas à une simple distinction, mais constitue un dispositif de classement produisant et organisant des rapports de pouvoir.

Dans le prolongement de cette approche, Colineaux et al. (2022) proposent d'appréhender le genre non seulement comme un système, mais également comme un processus de division sociale. Ils le définissent ainsi comme « le système de division hiérarchique de l'humanité en

deux moitiés inégales ». L'introduction de la notion de processus permet de souligner le caractère dynamique et reproductif du genre : loin d'être figé, celui-ci se (re)produit à travers les mécanismes de socialisation. Les individus participent ainsi, de manière plus ou moins consciente, à la reconduction de ce système, sous l'effet de pressions normatives différenciées selon le sexe attribué.

Cette lecture met en lumière le fait que le genre constitue une dimension constitutive des pratiques sociales, en ce qu'il organise en amont les modalités selon lesquelles les différences entre les sexes sont produites, perçues et hiérarchisées. Autrement dit, le genre ne se contente pas de traduire des différences préexistantes, mais participe activement à leur construction et à leur inscription dans l'ordre social.

Les auteurs Colineaux et al. (2022), s'appuient par ailleurs sur la définition durkheimienne du fait social (Durkheim, 1895) afin d'étayer cette hypothèse. Le genre peut ainsi être compris comme un ensemble de manières d'agir et de penser, extérieures à l'individu et dotées d'un pouvoir contraignant, qui s'imposent à lui indépendamment de sa volonté. À ce titre, les normes de genre orientent les comportements, les préférences et les trajectoires individuelles, par exemple en valorisant certaines dispositions, activités ou attributs en fonction du sexe attribué ; et contribuent à produire, à l'échelle de la population, des régularités différenciées entre hommes et femmes. Ainsi, même en présence de variations individuelles, ces mécanismes participent à la reproduction de différences systématiques et structurées entre les groupes de sexe (Colineaux et al., 2022).

1.2.3. Le genre comme une dimension bio-sociale

Dans le prolongement des conceptualisations précédentes du genre comme construction sociale à celui de système de bicatégorisation. Certains auteurs comme Barus et Molinier (2014), proposent de dépasser l'opposition classique entre nature et culture en appréhendant le genre comme une réalité bio-sociale. Dans cette perspective, le genre, à la différence du sexe envisagé comme strictement biologique, ne peut être réduit à une seule dimension sociale, mais doit être compris comme un phénomène intrinsèquement articulé à la fois au biologique et au socioculturel.

Ainsi, comme le soulignent Ilana Löwy et Catherine Rouch (2003), le genre ne peut exister en dehors du « tissu d'un seul tenant » qui relie ces deux dimensions. Cette approche invite dès lors à penser le genre comme le produit d'interactions constantes entre des processus biologiques et des dynamiques sociales, remettant en question toute tentative de les dissocier strictement.

1.2.4. Le genre dans une perspective intersectionnelle

Les définitions du concept de genre présentées ci-dessus ont permis d'approfondir la compréhension des différentes manières dont celui-ci peut être appréhendé et mobilisé, tant par les chercheurs et chercheuses que par les professionnels de la santé, les patients et patientes, ou encore la population générale. Ces usages reposent sur des cadres d'analyse variés : construction sociale, processus de socialisation, ou encore système de bicatégorisation et de hiérarchisation, qui orientent la manière de définir et d'utiliser le concept.

Ces différentes approches mettent en évidence non seulement la polysémie du terme « genre », mais également les confusions et les difficultés susceptibles d'émerger dans son utilisation. Elles soulignent, par ailleurs, les implications concrètes de ces variations d'interprétation, notamment dans les recherches scientifiques, les pratiques diagnostiques, les modalités de prise en charge, ainsi que dans la perception que les individus ont de leur propre santé.

Dans cette dernière partie consacrée à la conceptualisation du genre, il ne s'agit pas de proposer une définition supplémentaire, mais d'introduire une approche complémentaire qui permet d'élargir le concept et de le rendre sensible aux autres dimensions structurelles de la vie sociale et aux autres déterminants de la santé. Il s'agit de l'analyse du genre dans une perspective intersectionnelle.

Le concept d'intersectionnalité a été introduit par la juriste et chercheuse américaine Kimberlé Crenshaw en 1989, dans le contexte des études critiques sur la race et le droit. Crenshaw y montre que les femmes noires ne peuvent être comprises ni à travers le seul prisme du sexisme, ni à travers le seul prisme du racisme : c'est précisément à l'intersection de ces deux systèmes d'oppression que se situent leurs expériences spécifiques, invisibilisées par des catégories d'analyse qui les traitent séparément (Vergès, 2020). Depuis lors, le concept s'est considérablement élargi. Dans le champ de la santé publique, l'OMS (2018) définit l'intersectionnalité comme le cadre permettant d'analyser les liens entre le sexe, le genre et d'autres déterminants sociaux : tels que la classe, l'origine ethnique, l'âge, le statut migratoire

ou le handicap, dans les processus et systèmes de pouvoir, aux niveaux individuels, institutionnel et global. Elle ne constitue pas une alternative à l'analyse de genre, mais son prolongement nécessaire : une invitation à ne jamais considérer le genre de manière isolée, mais toujours en interaction avec les autres axes d'inégalité qui façonnent les parcours de vie et les expériences de santé des personnes.

Dans cette perspective, Nathalie Bajos (2019) souligne que les interactions entre le genre et les autres dimensions de la structure sociale demeurent encore insuffisamment prises en compte, notamment dans l'élaboration des politiques de santé publique. Une telle lacune limite la compréhension des inégalités sociales de santé et peut conduire à des interventions inadaptées. L'autrice insiste ainsi sur la nécessité de penser conjointement le genre et les autres rapports sociaux de pouvoir, afin de rendre compte de la complexité des situations vécues par les individus.

Cette approche est particulièrement pertinente dans le cadre de notre recherche, qui interroge la prise en compte du genre dans les campagnes de prévention des maladies cardiovasculaires en Fédération Wallonie-Bruxelles. En effet, les inégalités observées en matière de dépistage et de prise en charge notamment au détriment des femmes issues de milieux populaires ne peuvent être pleinement comprises sans une analyse croisant le genre avec d'autres rapports de domination. Se limiter à une lecture uniquement genrée risquerait, comme le souligne Bajos (2019), de réifier les différences entre les sexes en occultant les mécanismes sociaux qui les produisent.

Plus largement, les approches intersectionnelles ou consubstantielles permettent d'analyser les inégalités de santé à différentes étapes du parcours de vie : exposition aux risques, expression des symptômes, accès aux soins, ou encore modalités de prise en charge. Elles mettent ainsi en évidence le caractère systémique et multidimensionnel des inégalités. Dans cette lignée, Frank et al. (2024) soulignent également le caractère intrinsèquement intersectionnel du genre, entendu comme l'idée que l'expérience genrée de chaque individu se recoupe et interagit avec d'autres axes identitaires et systèmes d'oppression.

Ainsi, envisagé dans une perspective intersectionnelle, le genre apparaît comme un phénomène complexe, multidimensionnel et contextuel, dont l'analyse nécessite de prendre en compte l'ensemble des dynamiques sociales dans lesquelles il s'inscrit.

Avant de passer à l'institutionnalisation des études du genre, il convient de conclure cette section sur la conceptualisation du genre par une définition synthétique proposée par Colineaux et al. (2022), qui nous semble particulièrement bien résumer les différentes dimensions abordées jusqu'ici. Pour ces auteurs, le genre est : « *un phénomène complexe, continu (féminité ↔ masculinité) mais fortement fondé sur la classification binaire du sexe, multidimensionnel (traits, normes, stéréotypes, rôles, responsabilités, activités, etc.), multi-niveau (vécu par les individus et prescrit par la société, à différents niveaux structurels, et possiblement hétérogène), croisé (avec l'âge, l'ethnie, la classe sociale, etc.), hautement contextuel, évoluant au fil de la vie et à travers les générations, et très diffus (dans la société, la famille, le travail... dans les relations, les attentes, les perceptions, les actions, etc.)* » (Colineaux et al., 2022).

Cette définition, en articulant les dimensions individuelle, sociale et structurelle du genre, constitue un socle analytique particulièrement adapté à l'objet de cette recherche et à la complexité des enjeux qu'elle entend explorer.

1.3. Institutionnalisation des études du genre

L'institutionnalisation des études de genre s'inscrit dans un contexte marqué par l'invisibilisation historique des femmes dans les savoirs et les récits scientifiques. Comme le souligne Michelle Perrot (2014), l'émergence de l'histoire des femmes dans les années 1970 notamment à travers le cours intitulé « *Les femmes ont-elles une histoire ?* », témoigne d'une remise en question profonde des cadres d'analyse dominants. Dans un contexte intellectuel marqué par une anthropologie structurale, les femmes apparaissaient comme enfermées dans une forme de répétition sociale, contribuant à leur effacement dans l'histoire.

L'émergence de ce champ de recherche a ainsi constitué une première étape vers la reconnaissance scientifique des expériences féminines. Toutefois, comme le rappelle Michelle Perrot (2014), ces travaux ne mobilisaient pas encore explicitement le concept de genre, mais s'inscrivaient davantage dans une réflexion sur la différence des sexes. Dans le prolongement des analyses de Simone de Beauvoir, cette différence n'était pas envisagée comme le produit d'une nature immuable, mais comme une construction historique et sociale.

Dans un second temps, la distinction entre sexe et genre s'est progressivement imposée dans le champ scientifique. À cet égard, Ilana Löwy et Catherine Rouch (2003) montrent que

l'émergence, la stabilisation et les transformations de cette distinction sont étroitement liées à l'évolution des savoirs dans de nombreuses disciplines, telles que l'anthropologie, la médecine, la psychologie ou encore la biologie. Les autrices mettent en évidence un « double mouvement » : d'une part, les savoirs scientifiques reflètent les normes sociales en vigueur ; d'autre part, ils contribuent à façonner les représentations de la différence des sexes.

Le concept de genre s'est ensuite diffusé largement dans le monde académique. Comme l'explique Éric Fassin (2025), ce sont d'abord des chercheuses, souvent issues des milieux féministes, qui ont introduit le genre dans leurs disciplines respectives, notamment en anthropologie et en histoire. Progressivement, cette notion s'est étendue à l'ensemble des sciences sociales, mais également à d'autres domaines tels que la littérature, le droit ou encore la biologie. Ainsi, les études de genre ne constituent pas une discipline autonome, mais un champ transversal, caractérisé par son interdisciplinarité et la diversité de ses usages.

Cependant, l'institutionnalisation du genre a rencontré des résistances, notamment en France. Comme le soulignent Ilana Löwy et Catherine Rouch (2003), la polysémie du terme « genre », présent dans des domaines aussi variés que la grammaire, la biologie ou la littérature a contribué à freiner son appropriation dans le champ académique. Par ailleurs, la faible structuration des études féministes a limité l'émergence d'un champ interdisciplinaire unifié. Les recherches sont ainsi restées longtemps marginalisées et dispersées au sein des disciplines traditionnelles.

Malgré ces résistances, le terme « genre » a progressivement fini par s'imposer, notamment sous l'impulsion des institutions européennes, qui en ont fait un outil central pour la promotion de l'égalité entre les femmes et les hommes (Walby, 2004). Son apparente neutralité a facilité son intégration dans les politiques publiques et les milieux académiques, y compris dans des contextes initialement réticents à des approches perçues comme militantes.

Aujourd'hui, cette institutionnalisation se traduit par la présence du genre dans de nombreux programmes de recherche, réseaux académiques et formations universitaires. En France, des structures telles que le MAGE (Marché du travail et genre) (MAGE, s. d.) ou le RING (Réseau interuniversitaire et interdisciplinaire national sur le genre) (RING, s. d.) témoignent de cette structuration progressive du champ.

En Belgique, l'institutionnalisation du genre s'inscrit notamment dans le cadre du *gender mainstreaming*, mis en œuvre à la suite de la conférence de Pékin de 1995 (Parlement wallon, 2014). Cette approche vise à intégrer systématiquement la dimension de genre dans l'ensemble

des politiques publiques. En Wallonie, plusieurs dispositifs tels que les plans genre, le gender budgeting ou encore la production de statistiques sexuées, participent à cette dynamique, en favorisant une prise en compte transversale des inégalités entre les femmes et les hommes (Service public de Wallonie, s. d.).

Dans le champ académique belge, cette évolution se traduit également par la création de réseaux de recherche (Réseau Belge des études de genre, s.d.), le développement de formations spécifiques et l'intégration progressive du genre dans les cursus universitaires, notamment dans les domaines de la santé (Université Catholique Louvain, 2025). Ces initiatives contribuent à renforcer la prise en compte des inégalités de genre dans les pratiques professionnelles et les politiques de santé publique.

Après avoir retracé l'émergence et l'institutionnalisation du concept de genre, il convient désormais d'examiner son intégration progressive dans le champ de la santé publique.

1.4. Genre en santé publique

La santé publique renvoie à la santé des populations dans leur ensemble, au-delà de la santé de chaque individu. Elle dépend de nombreux facteurs, appelés « déterminants de santé », dont une grande partie sont indépendants du patrimoine génétique et biologique de départ. Ces déterminants incluent des dimensions politiques, géographiques, sociales et économiques qui, à leur tour, influencent l'environnement physique et social des individus (Glorennec, 2022).

Cette définition nous permet de comprendre que la santé est multifactorielle. Elle dépend à la fois de facteurs biologiques, comportementaux, et environnementaux. Traduits à travers les déterminants sociaux de la santé. Ceux-ci sont définis par l'OMS comme les conditions dans lesquelles les personnes naissent, grandissent, travaillent, vivent et vieillissent, ainsi que les forces plus larges qui façonnent les conditions de la vie quotidienne (OMS, 2025). L'OMS souligne également que la majeure partie de notre santé est déterminée par ces causes profondes non médicales, telles que l'accès limité à une éducation de qualité, à une alimentation nutritive, à un logement adéquat ou à des conditions de travail décentes (OMS, 2025).

Parmi ces déterminants sociaux, le genre occupe une place centrale. En tant que construction sociale, il structure les rôles, les normes et les attentes attribuées aux individus en fonction de leur appartenance à un genre. Ces normes influencent directement les comportements de santé,

l'exposition aux risques, ainsi que l'accès et le recours aux soins. Ainsi, le genre constitue un déterminant social majeur, qui participe à la production et à la reproduction des inégalités de santé.

Comprendre l'impact des déterminants sociaux sur la santé des populations ne se limite pas à leur simple identification ni à leur description au sein de groupes spécifiques. Il s'agit également d'en analyser les mécanismes sous-jacents. En ce sens, l'OMS met en évidence que ces déterminants, bien qu'ils influencent la santé, sont eux-mêmes façonnés par des forces structurelles plus larges, telles que les politiques publiques, les systèmes économiques, les programmes de développement, ainsi que les normes et politiques sociales (OMS, 2025).

Cette double lecture, portant à la fois sur les facteurs influençant la santé et sur les structures qui les sous-tendent, caractérise la façon d'aborder la question des inégalités de santé au sein des populations. À cet égard, Sciensano définit les inégalités de santé comme des différences systématiques en matière de santé entre des groupes de personnes ou de populations. Celles-ci peuvent se manifester en termes de morbidité, de mortalité, de comportements de santé ou encore d'accès aux soins. Dans la mesure où elles sont souvent liées à des inégalités plus larges, telles que le racisme ou les inégalités de genre, elles sont considérées comme injustes et évitables (Sciensano, S.d.).

Ces différences peuvent être observées à plusieurs niveaux : exposition aux risques sanitaires, occurrence et évolution des maladies, mortalité, ainsi que dans l'accès à la prévention et aux soins. Dans cette perspective, le genre apparaît comme un facteur structurant des inégalités de santé, en interaction avec d'autres déterminants sociaux tels que la classe sociale, l'origine ou le niveau d'éducation.

Dans le prolongement de la notion de construction sociale développée par Simone de Beauvoir dans *Le Deuxième Sexe* (1949), Sciensano souligne également que les inégalités de santé sont le produit des conditions sociales, économiques et environnementales dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent.

Par ailleurs, les causes des inégalités de santé sont multiples, multidimensionnelles et interdépendantes. Elles résultent notamment d'une répartition inégale du pouvoir, des ressources économiques et d'autres ressources sociales entre les groupes de population. Ces ressources

structurent les déterminants sociaux de la santé, en influençant les conditions de vie quotidienne, ainsi que la vulnérabilité des individus face aux problèmes de santé et à leurs conséquences (Sciensano, s.d.).

Ainsi, il apparaît difficile d'aborder la santé publique sans considérer les déterminants sociaux de la santé, tout comme il est difficile d'analyser ces derniers sans prendre en compte les inégalités de santé. Ces différentes dimensions sont étroitement interreliées. Le genre, en tant que déterminant social transversal, joue un rôle central dans cette articulation.

Dès lors, la surveillance des inégalités de santé constitue un enjeu majeur de la santé publique. La prise en compte des déterminants sociaux, et en particulier du genre, permet non seulement de mieux comprendre les disparités de santé, mais également de mettre en œuvre des actions visant à prévenir les maladies, promouvoir la santé et renforcer l'équité entre les populations.

1.4.1. Le genre comme un déterminant de la santé

L'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2018) considère le genre comme un déterminant majeur de la santé, qui doit être pris en compte dans l'ensemble des dimensions de la vie des individus, y compris dans le domaine de la santé. Dans une publication consacrée au lien entre genre et santé, l'OMS identifie une série de déterminants. Ceux-ci incluent notamment les normes, les attentes et les rôles sociaux qui, en fonction du genre, influencent les niveaux d'exposition et de vulnérabilité aux risques pour la santé, mais également les facteurs de protection.

Ces éléments influencent aussi bien les comportements individuels en matière de santé, tels que la propension à adopter des comportements préventifs ou à recourir aux soins que le fonctionnement du système de santé lui-même, dont les prestations peuvent être conditionnées par des logiques de genre. À ce titre, ils figurent parmi les déterminants sociaux les plus importants des inégalités en santé (OMS, 2018).

Dans le même sens, Runnels et al. (2014) soulignent que considérer le genre comme un déterminant de la santé implique de dépasser une approche qui le réduirait à une simple variable à contrôler. Il s'agit plutôt de le concevoir, en interaction avec le sexe, comme un ensemble de processus biologiques et sociaux dynamiques et imbriqués, qui façonnent la santé humaine et

interagissent avec d'autres déterminants sociaux. Cette perspective s'inscrit donc dans une approche bio-sociale (Löwy et Rouch, 2003) du genre et de la santé, telle que mentionnée dans la typologie des conceptualisations du genre.

1.4.2. Le genre comme un déterminant des inégalités de santé

L'OMS affirme également que le genre constitue un déterminant majeur des inégalités de santé (OMS, 2018). En effet, il ne se limite pas à influencer l'état de santé des individus, mais participe activement à la production et à la reproduction des inégalités en matière de santé. Il peut ainsi à la fois restreindre ou favoriser l'équité en santé, notamment en ce qui concerne l'accès à la couverture sanitaire universelle.

Par ailleurs, le genre influence également les trajectoires professionnelles au sein des systèmes de santé, en structurant la répartition des rôles, des statuts et des opportunités entre les individus (OMS, 2018).

Face à ces constats, l'OMS préconise l'intégration systématique d'une approche sensible au genre dans les politiques et interventions en santé. Cette approche consiste à analyser les effets différenciés selon le genre de toute action envisagée, qu'il s'agisse de législations, de politiques ou de programmes, à tous les niveaux et dans tous les secteurs.

La prise en compte du genre dans les politiques de santé présente plusieurs bénéfices. Elle contribue notamment à renforcer l'équité dans le domaine de la santé, promouvoir l'autonomisation des femmes, et à favoriser une participation plus équitable des différents groupes de genre à tous les niveaux du système de santé.

1.4.3. Médecine sexo-spécifique et Médecine genrées

Dans l'introduction, nous avons présenté trois constats formulés par Nathalie Bajos (2019) : le premier souligne, en raison du manque de recherches sur ce sujet, l'intérêt d'examiner les enjeux de santé au prisme du genre ; le second met en évidence le caractère contre-intuitif de cette interrogation « les femmes semblant bénéficier d'un avantage sur les hommes » ; enfin, le

troisième insiste sur l'urgence de s'y intéresser, compte tenu des différences observables dans d'autres sphères de la vie sociale qui touchent principalement les femmes.

Si l'on s'en tient au premier constat, celui du manque de recherches, également relevé par l'Académie nationale de Médecine française (2025), cette sous-représentation des femmes dans les études scientifiques a entraîné des répercussions directes sur leur santé et a contribué à la construction de certaines croyances et stéréotypes, notamment dans le domaine des maladies cardiovasculaires.

Cependant, cette critique de la sous-représentation des femmes et la volonté d'étudier leur fonctionnement biologique spécifique suscitent également des réserves. Certains auteurs soulignent que la distinction hommes/femmes est souvent abordée uniquement à travers la variable biologique du sexe, ce qui occulte l'influence du genre (Loute, 2025).

Cette constatation nous amène à distinguer deux notions actuellement discutées dans le domaine de la santé : la médecine sexo-spécifique et la médecine genrée. En français, le terme « médecine sexuée » désigne les études portant sur les caractéristiques biologiques propres à chaque sexe, telles que les gènes, les molécules, les cellules ou les organes. À l'inverse, la « médecine genrée » intègre des données sociologiques et épidémiologiques qui permettent l'analyse des normes sociales influençant la santé des femmes et des hommes (Loute, 2025).

L'OMS, utilise le terme de « médecine de genre » pour désigner l'étude de la manière dont les différences biologiques (basées sur le sexe), ainsi que les facteurs socio-économiques et culturels (basés sur le genre), influencent la santé des individus. La médecine de genre s'intéresse à la manière dont les maladies diffèrent entre hommes et femmes en termes de prévention, de manifestations cliniques, de diagnostics et de traitements, de pronostic, d'effets psychosociaux et d'interactions avec le système de santé (López et al., 2024).

Dans le cadre de notre recherche, tenir compte de ces deux visions de la médecine nous permettra de mieux comprendre dans quel paradigme se situent les acteurs de santé que nous allons interroger.

1.5. Genre et Maladies cardio-vasculaires

1.5.1. L'état des lieux : une urgence épidémiologique pour les femmes

Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), les maladies cardiovasculaires (MCV) constituent la principale cause de mortalité dans le monde, tous sexes confondus, avec environ 17,9 millions de décès chaque année (OMS, 2021 ; Al Hamid et al., 2024). Elles regroupent un ensemble de troubles affectant le cœur et les vaisseaux sanguins, tels que la maladie coronarienne (ou maladie ischémique), les accidents vasculaires cérébraux (AVC), les attaques ischémiques transitoires, les maladies artérielles périphériques et les pathologies aortiques (Al Hamid et al., 2024).

Cependant, comme le souligne le professeur Sébastien Faure (2019), ces pathologies sont encore largement perçues comme un problème de santé publique touchant principalement les hommes. Cette perception n'est pas sans fondement épidémiologique : les données de prévalence indiquent effectivement une fréquence plus élevée des MCV chez les hommes, notamment pour les maladies coronariennes, qui surviennent en moyenne dix ans plus tôt que chez les femmes (Mounier et al., 2014). Cependant, elle occulte un paradoxe majeur : si les hommes sont plus souvent atteints, les femmes en meurent davantage. En Europe, les MCV constituent en effet la première cause de mortalité féminine, représentant environ 51 % des décès chez les femmes, contre 42 % chez les hommes (Mounier et al., 2014), provoquant ainsi plus de décès féminins que l'ensemble des cancers réunis. C'est précisément ce paradoxe, une prévalence plus élevée chez les hommes, une mortalité proportionnellement plus importante chez les femmes, qui illustre en quoi les MCV constituent non seulement un enjeu médical, mais aussi un enjeu social et genré.

Plus précisément, l'infarctus du myocarde représente à lui seul 21 % des décès féminins, suivi par les accidents vasculaires cérébraux (15 %) et les autres maladies vasculaires (16 %), dont la progression est notable (Mounier et al., 2014). Ces données confirment le caractère prioritaire de cette problématique en santé publique.

Les maladies cardiovasculaires résultent de l'interaction de multiples facteurs de risque. Parmi les principaux figurent les comportements liés au mode de vie, tels l'alimentation déséquilibrée, l'inactivité physique, le tabagisme et la consommation nocive d'alcool. À cela s'ajoutent des facteurs environnementaux, notamment la pollution de l'air. Au niveau individuel, ces facteurs peuvent entraîner des altérations biologiques telles l'hypertension artérielle, l'hyperglycémie, l'hyperlipidémie, le surpoids et l'obésité (OMS, 2025).

Toutefois, certaines spécificités doivent être relevées chez les femmes. Cependant, il existe des facteurs de risque spécifiques aux femmes liés notamment à leur trajectoire reproductive et hormonale, comme la prééclampsie, le diabète gestationnel, la contraception hormonale, la ménopause ou encore les migraines (Mounier et al., 2014).

Ces évolutions s'inscrivent dans un contexte de transformation des modes de vie, caractérisés par une augmentation du stress, de la sédentarité et de l'exposition précoce à certains facteurs de risque. Si, avant la ménopause, les œstrogènes exercent un effet protecteur, celui-ci peut être atténué, voire annulé, par la présence de facteurs tels que l'obésité, le diabète ou le tabagisme.

Malgré ces constats, le dépistage des maladies cardiovasculaires chez les femmes demeure insuffisant. Cette situation s'explique par plusieurs facteurs, notamment les représentations culturelles persistantes, la méconnaissance des spécificités féminines par les professionnels de santé, ainsi qu'une sous-estimation des symptômes par les femmes elles-mêmes. De plus, les manifestations cliniques, souvent atypiques, peuvent retarder l'orientation diagnostique (Mounier et al., 2014).

Par ailleurs, plusieurs éléments contribuent à expliquer cette situation. Historiquement, le risque cardiovasculaire chez les femmes a été sous-estimé en raison de l'idée selon laquelle elles bénéficieraient d'une protection hormonale et seraient moins exposées aux facteurs de risque. Cette perception a notamment conduit à une sous-représentation des femmes dans les essais cliniques, limitant ainsi l'adaptation des traitements à leurs spécificités (Faure, 2019).

En outre, les symptômes de l'infarctus du myocarde chez les femmes diffèrent souvent avec ceux observés chez les hommes. Ils peuvent inclure une dyspnée, une fatigue inhabituelle, des douleurs abdominales ou des troubles digestifs, plutôt qu'une douleur thoracique typique.

Moins reconnus et parfois moins intenses, ces symptômes peuvent entraîner un retard de diagnostic et aggraver le pronostic.

Enfin, les différences entre les hommes et les femmes en matière de maladies cardiovasculaires ne se limitent pas aux symptômes. Elles concernent également l'anatomie et la physiologie du système cardiovasculaire, ainsi que les interactions entre facteurs biologiques, hormonaux et environnementaux. Ces éléments influencent à la fois l'apparition, la progression et les complications des maladies cardiovasculaires, renforçant ainsi la nécessité d'une approche sensible au genre dans leur prise en charge.

1.5.2. Traitements et distinction entre prévention primaire et secondaire :

La mise en place des soins préventifs, qu'ils soient primaires (agir sur les facteurs de risque) ou secondaires (diagnostiquer précocement), constitue un pilier central dans la lutte contre les maladies cardiovasculaires (MCV). L'Organisation mondiale de la Santé recommande d'agir sur les facteurs comportementaux et environnementaux dans le cadre de la prévention primaire, et d'améliorer le diagnostic précoce dans le cadre de la prévention secondaire (OMS, 2025).

La prévention des MCV repose principalement sur la modification des facteurs de risque tels l'indice de masse corporelle, le tabagisme, l'hypertension, l'hypercholestérolémie, la sédentarité et le diabète. Certains de ces facteurs, notamment le tabagisme et l'obésité, ont un impact plus important chez les femmes que chez les hommes. Par ailleurs, le risque de MCV augmente de manière plus marquée chez les femmes à partir de 60 ans (Al Hamid et al., 2024).

Toutefois, le diagnostic des MCV chez les femmes demeure complexe. En effet, les symptômes diffèrent souvent de ceux observés chez les hommes et peuvent apparaître de manière plus tardive. Les femmes présentant un infarctus aigu du myocarde peuvent manifester des symptômes dits atypiques : douleurs abdominales, dyspnée, nausées, douleurs dorsales ou cervicales, palpitations ou encore fatigue inexpliquée. À l'inverse, la douleur thoracique, plus typique chez les hommes, est généralement mieux reconnue par les professionnels de santé. De plus, les femmes sont moins susceptibles de signaler leurs symptômes et de connaître les risques associés aux MCV (Al Hamid et al., 2024).

Les approches actuelles de prévention, de diagnostic et de traitement ont longtemps été construites sur des modèles masculins, sans prendre en compte les spécificités physiologiques et sociales liées au genre. Ces biais ont contribué à une sous-estimation du risque cardiovasculaire chez les femmes, entraînant des retards diagnostiques et des résultats cliniques moins favorables. En outre, la sous-représentation des femmes dans les études cliniques limite la production de connaissances adaptées, ce qui renforce une prise en charge centrée sur des données majoritairement masculines (Al Hamid et al., 2024).

Enfin, l'interaction entre les professionnels de santé et les patient·e·s diffère selon le genre. Trois facteurs principaux influencent cette interaction : les biais des professionnels, la perception des symptômes et leur expression différenciée selon le genre. Malgré l'existence de recommandations, certains professionnels continuent de percevoir les MCV comme des maladies principalement masculines. Ainsi, les stéréotypes de genre constituent un facteur important expliquant les inégalités observées dans le diagnostic et la prise en charge des MCV (Al Hamid et al., 2024).

1.5.3. Focus sur la prévention des maladies cardio-vasculaires

Pour améliorer la prise en charge des MCV chez les femmes, il est essentiel de développer des interventions adaptées au genre, afin de garantir la pertinence et l'efficacité des recommandations proposées (Slater et al., 2022).

Dans cette perspective, il convient de distinguer les dimensions biologiques et sociales. Les différences biologiques influencent l'apparition de certaines pathologies ou la manifestation des symptômes. Le genre, quant à lui, influence la manière dont les patient·e·s sont pris·e·s en charge, ainsi que leur capacité à reconnaître et à exprimer leurs symptômes.

Par ailleurs, il est important de souligner que les femmes vivent en moyenne plus longtemps que les hommes, mais souvent en moins bonne santé. Elles sont davantage exposées aux maladies chroniques, ce qui renforce l'importance d'une prévention adaptée à leurs trajectoires de vie.

Les données issues de revues systématiques d'essais contrôlés randomisés montrent que plusieurs interventions sont efficaces pour la prévention primaire et secondaire des MCV,

notamment celles portant sur l'alimentation, l'activité physique, la santé numérique et les programmes communautaires (Slater et al., 2022).

De plus, les actions de santé publique soulignent la nécessité de renforcer la sensibilisation des femmes et la formation des professionnels de santé. Il apparaît essentiel de développer des stratégies de prévention spécifiquement adaptées aux femmes, en tenant compte des particularités de leur prise en charge et en mobilisant l'ensemble des acteurs concernés (DGS, InVS, INPES, s.d.).

Parmi les actions concrètes, la mesure régulière de la pression artérielle constitue un outil clé de dépistage. Un bilan cardiovasculaire est recommandé chez les femmes symptomatiques, ainsi qu'à partir d'un certain âge, notamment avant la reprise d'une activité physique. Les professionnels de santé, et en particulier les cardiologues, jouent un rôle central dans l'intégration des facteurs hormonaux dans l'évaluation du risque.

Enfin, la prévention repose également sur l'adoption d'une hygiène de vie saine, incluant une activité physique régulière. Les femmes peuvent également jouer un rôle actif dans la diffusion des messages de prévention, en devenant des actrices de terrain dans une approche communautaire. Le développement de parcours de soins intégrant les dimensions cardio-gynécologiques apparaît également comme une piste prometteuse pour améliorer la prise en charge globale (Mounier et al., 2014).

Ainsi, les acteurs de la prévention primaire et secondaire occupent une place importante dans la lutte contre les maladies cardiovasculaires. Dès lors, il apparaît pertinent d'analyser la manière dont ces acteurs intègrent la notion de genre dans les campagnes de prévention, ainsi que les outils qu'ils mobilisent dans ce cadre.

2. Méthodes

La question de recherche centrale de ce travail nous a conduite à adopter une méthode de recherche qualitative. Celle-ci vise à comprendre un sujet complexe, sensible, mal défini ou encore insuffisamment exploré. Centrée sur les acteurs et les actrices, l'approche qualitative cherche, à travers eux, à saisir comment ils pensent, agissent, parlent et entrent en relation, afin de mieux comprendre le phénomène étudié (Aujoulat, 2024).

Différente de la méthode quantitative qui poursuit une visée explicative au moyen de variables statistiques et dont l'analyse repose sur des données chiffrées, l'approche qualitative produit plutôt des descriptions ou des récits incarnés, situés dans un contexte précis et portant sur un objet d'analyse (Aujoulat, 2024).

Ainsi, après la phase conceptuelle présentée dans la première partie, la présente section expose la démarche méthodologique mise en œuvre pour répondre à la question de recherche.

2.1. Choix de la méthode et contexte de l'étude

Cette recherche vise à répondre à la question suivante : « Comment le concept de genre est-il pris en compte par les acteurs et actrices des campagnes de prévention primaire et secondaire des maladies cardiovasculaires en Fédération Wallonie-Bruxelles ? ». Articulée aux trois objectifs spécifiques formulés en introduction, cette question nous a conduite à adopter une méthode qualitative exploratoire et compréhensive, ancrée dans une posture constructiviste.

Toutefois, cette démarche exploratoire n'est pas partie de rien. La revue de littérature menée en amont a permis de dégager plusieurs hypothèses de travail qui ont orienté la construction du guide d'entretien et le regard analytique porté sur le terrain. Parmi celles-ci :

- *Le concept de genre est insuffisamment pris en compte dans les campagnes de prévention cardiovasculaire, ou intégré de manière problématique.*
- *Le genre est fréquemment confondu avec le sexe biologique, conduisant à une lecture essentialisée des différences entre hommes et femmes en matière de santé.*
- *Des stéréotypes et des normes sociales persistants contribuent à l'invisibilisation de la dimension genrée des maladies cardiovasculaires, tant auprès du grand public que des professionnels de santé.*

Ces hypothèses de travail n'avaient pas vocation à être testées au sens hypothético-déductif du terme. Elles constituent plutôt des orientations analytiques, issues de la littérature, qui ont permis de structurer les échanges avec les participantes et participants sans pour autant fermer le regard sur ce que le terrain pouvait révéler d'inattendu. C'est précisément en cela que cette recherche reste exploratoire et compréhensive : elle s'intéresse moins à confirmer des hypothèses qu'à comprendre, dans toute leur complexité, les représentations et les pratiques des acteurs et actrices de la prévention.

Cette approche permet aux participantes et participants de s'exprimer avec leurs propres mots sur ce que le sujet évoque dans leur pratique professionnelle. Le terrain retenu est le paysage socio-sanitaire de la Fédération Wallonie-Bruxelles ; au fur et à mesure du recrutement, le périmètre s'est précisé pour porter sur Bruxelles, Namur, Charleroi et le Hainaut. Ancrée dans la réalité des participantes et participants, cette démarche a permis de faire émerger des représentations, des expériences et des récits individuels qui ont alimenté notre analyse (Côté et Turgeon, 2002).

2.2. Stratégie d'échantillonnage et de recrutement

En méthode qualitative, la sélection des participantes et participants ne doit pas être statistiquement représentative de la population : le but n'est pas d'étudier une population dans sa globalité, mais d'explorer un sujet en profondeur et de manière contextualisée (Aujoulat, 2024). Ce n'est donc pas la taille de l'échantillon qui importe, mais sa qualité et sa capacité à diversifier les données, c'est-à-dire à capter divers points de vue et représentations du phénomène étudié (Côté et Turgeon, 2002).

Dans notre étude, nous avons opté, en premier lieu, pour un échantillon de convenance, c'est-à-dire un échantillon non probabiliste reposant sur le jugement de la chercheuse pour le choix de personnes jugées pertinentes en raison de leurs caractéristiques (richesse d'opinions et d'expériences sur le sujet) et des buts de l'étude. En second lieu, un ajout de répondantes et répondants issus d'un échantillon en boule de neige a permis une triangulation des sources de données, enrichissant ainsi notre échantillon de recherche.

Pour guider le recrutement, deux critères d'inclusion ont été définis et justifiés comme suit :

- Travailler ou s'engager bénévolement dans une structure organisant des campagnes de prévention primaire et/ou secondaire des maladies cardiovasculaires en Fédération Wallonie-Bruxelles depuis au moins un an.

Ce seuil d'un an de pratique vise à garantir que les personnes interrogées disposent d'une expérience suffisante pour avoir été confrontées concrètement aux enjeux de prévention cardiovasculaire dans leur contexte institutionnel, et pour pouvoir témoigner de représentations et de pratiques professionnelles stabilisées.

- Être directement impliqué·e dans la conception, la coordination ou la mise en œuvre de ces campagnes.

Ce critère vise à s'assurer que les personnes rencontrées sont en mesure de témoigner de choix concrets en matière de prévention, qu'il s'agisse de la conception des messages, du ciblage des publics ou de la coordination des actions, et non uniquement de l'exécution de tâches périphériques. C'est à ce niveau de décision et d'action que la prise en compte ou l'absence de prise en compte du genre se manifeste le plus directement.

Les personnes ont été recrutées sur base volontaire, principalement par mail et/ou par téléphone. Conformément aux principes éthiques de la recherche présentés au point 2.5, elles avaient la liberté d'interrompre leur participation à tout moment, sans subir d'impact ni fournir de justification. Les données ont été rendues strictement anonymes dès leur encodage, et l'ensemble des informations recueillies ont été traitées de manière confidentielle, soumises au secret professionnel.

Nous n'avons pas fixé de nombre prédéfini de participantes et participants à contacter : le recrutement s'est arrêté au moment où nous avons atteint le critère de saturation des données. En méthode qualitative, celle-ci désigne le moment au cours duquel toute nouvelle donnée n'apporte plus d'information nouvelle à la compréhension du phénomène étudié (Baribeau et Royer, 2012).

Notre échantillon est composé de 10 rencontres au total : 8 entretiens semi-directifs et 2 focus groups, pour un total de 17 personnes interrogées aux fonctions professionnelles variées. Notre contexte d'étude étant essentiellement les associations sans but lucratif et les maisons médicales, les participantes et participants cumulent, en plus de leur profession principale, différentes casquettes institutionnelles : tabacologue, chargé·e de projets, etc. Un tableau détaillant l'ensemble des fonctions et des méthodes de collecte auxquelles elles et ils ont participé sera

mis en annexe. Le tableau ci-dessous offre une vue d'ensemble de la composition de l'échantillon :

Types de professions	Total	Femmes	Hommes
Médecins	3	1	2
Infirmières et Infirmier	5	4	1
Sage-femme	1	1	0
Psychologues	3	3	0
Diététiciens	2	1	1
Assistante sociale	1	1	0
Chargée de communication	1	1	0
Accueillante en maison médicale	1	1	0
Nombre total des personnes	17	13	4

2.3. L'outil de collecte des données et le déroulement

En méthode qualitative, il existe plusieurs méthodes de collecte des données : l'analyse documentaire, l'observation, les entretiens (semi-directifs ou en profondeur) et les entretiens de groupe tels que les focus groups (Aujoulat, 2024). Dans un premier temps, nous avons fait le choix de recourir uniquement aux entretiens semi-directifs. Toutefois, en arrivant dans certains lieux, notamment deux maisons médicales, l'une à Bruxelles et l'autre en Wallonie, fonctionnant en décision partagée et en collaboration pluridisciplinaire étroite, nous avons opté pour une collecte de données par focus group. Cette deuxième méthode nous a permis de recueillir des données d'une nature différente : elle a en effet la particularité de confronter les points de vue de répondantes et répondants aux professions variées, ce qui correspondait également aux buts de notre étude, soit faire émerger des récits et des représentations permettant de comprendre la prise en compte du concept de genre dans les pratiques professionnelles.

Dans l'approche qualitative, l'utilisation des entretiens semi-directifs permet aux individus les plus réservés de s'exprimer plus facilement dans un cadre individuel. À l'inverse, dans un focus group, les discussions permettent de créer un dynamisme et une interaction qui contribuent à générer une grande richesse d'informations, que l'on ne retrouverait pas nécessairement lors d'entretiens individuels (Côté et Turgeon, 2002). Ces deux outils de collecte de données s'appuient sur ce que l'on appelle en méthode qualitative un guide d'entretien, construit à partir

de la déconstruction de la question de recherche en un nombre limité de questions, qui permet de renseigner la chercheuse ou le chercheur sur les grandes thématiques à explorer (Aujoulat, 2024).

Dans notre étude, nous avons utilisé un guide d'entretien commun aux deux méthodes de collecte. Il était composé de 10 questions construites à partir de notre recherche documentaire et formulées de manière à parcourir transversalement les grandes thématiques issues de la littérature (voir annexe). Des questions de relance ont été intégrées pour approfondir les échanges. Avant son utilisation, le guide a été testé auprès d'une personne afin de garantir la compréhension des questions et la pertinence des réponses obtenues au regard de notre problématique.

Pour les deux méthodes de collecte, le déroulement général était identique : chaque rencontre débutait par une présentation personnelle et celle du sujet de recherche, une demande de signature du document de consentement (mis en annexe) et une demande d'autorisation d'enregistrement. Elle se terminait par des remerciements et, le cas échéant, par une proposition de transmission des résultats de l'étude. Chaque rencontre a duré entre 20 et 52 minutes, avec une moyenne de 36 minutes. Un seul entretien a duré 1h36. Les entretiens semi-directifs ont été réalisés en visioconférence ou en présentiel selon les disponibilités des participantes et participants ; les deux focus groups ont, quant à eux, été réalisés intégralement en présentiel.

Cette triangulation, à la fois des données, au vu de la diversité des professions représentées, et des méthodes, combinant entretiens semi-directifs et focus groups, nous a permis non seulement de recueillir une grande quantité de données, mais aussi de favoriser la saturation des données et d'obtenir une compréhension plus complète du phénomène étudié (Côté et Turgeon, 2002).

2.4. Méthode d'analyse des données

En recherche qualitative, le recueil et l'analyse des données font souvent partie d'un processus itératif dans lequel la chercheuse ou le chercheur va d'une étape à l'autre afin qu'elles s'enrichissent mutuellement (Côté et Turgeon, 2002). L'analyse des données consiste en une lecture approfondie des informations collectées pour en saisir le sens, au-delà des significations premières (Aujoulat, 2024). Dans ce travail de recherche, nous avons suivi ce processus itératif en recourant à l'analyse thématique, qui correspond au processus de construction de catégories à partir de l'analyse des propos des participantes et participants.

Les analyses des entretiens semi-directifs et des focus groups ont toutes été confrontées les unes aux autres pour produire les résultats décrits dans ce mémoire. Concrètement, les étapes suivies ont été les suivantes : nous avons commencé par retranscrire l'ensemble du matériau d'analyse à l'aide du logiciel Microsoft Word ; nous avons ensuite effectué une lecture répétée de chaque entretien pour en dégager les unités d'analyse ; nous avons ensuite identifié les thèmes généraux, les avons catégorisés en sous-thèmes, puis classés en y associant les différents verbatims correspondants.

Cette démarche inductive nous a accompagnée tout au long du processus de recherche et nous a permis de construire un arbre thématique, présenté dans la partie consacrée aux résultats.

2.5. Considérations éthiques

Conformément à la réglementation de l'Université catholique de Louvain, toute étude interrogeant des professionnel·le·s de santé et portant sur des pratiques professionnelles ne doit pas être obligatoirement soumise à un Comité d'éthique.

Toutefois, pour des raisons de rigueur et de sécurité, nous avons tenu à envoyer un mail au Comité d'éthique hospitalo-facultaire des Cliniques universitaires Saint-Luc, accompagné du protocole expliquant la méthodologie de notre recherche. Celui-ci a été soumis à l'approbation du Comité le 05/11/2025 ; le même jour, nous avons reçu l'accord confirmant que notre recherche ne tombait pas dans le champ d'application de la loi du 7 mai 2004 sur l'expérimentation humaine et que l'obtention d'un avis contraignant du Comité d'éthique n'était donc pas nécessaire. La capture d'écran du mail est mise en annexe.

En complément de cette autorisation, chaque participante et participant a donné son consentement oral au début des entretiens semi-directifs et des focus groups, confirmant son accord pour répondre aux questions et pour être enregistré·e. Ce consentement a été consigné sur des documents écrits et signés. Les participantes et participants ont également été informés, en début et en fin de rencontre, des principes d'anonymisation et de confidentialité appliqués à l'ensemble des données recueillies.

3. Résultats

Cette troisième partie de notre travail va se consacrer à la présentation des différents résultats obtenus suite aux entretiens semi-directifs et des focus groups.

3.1. Caractéristiques générales de l'échantillon

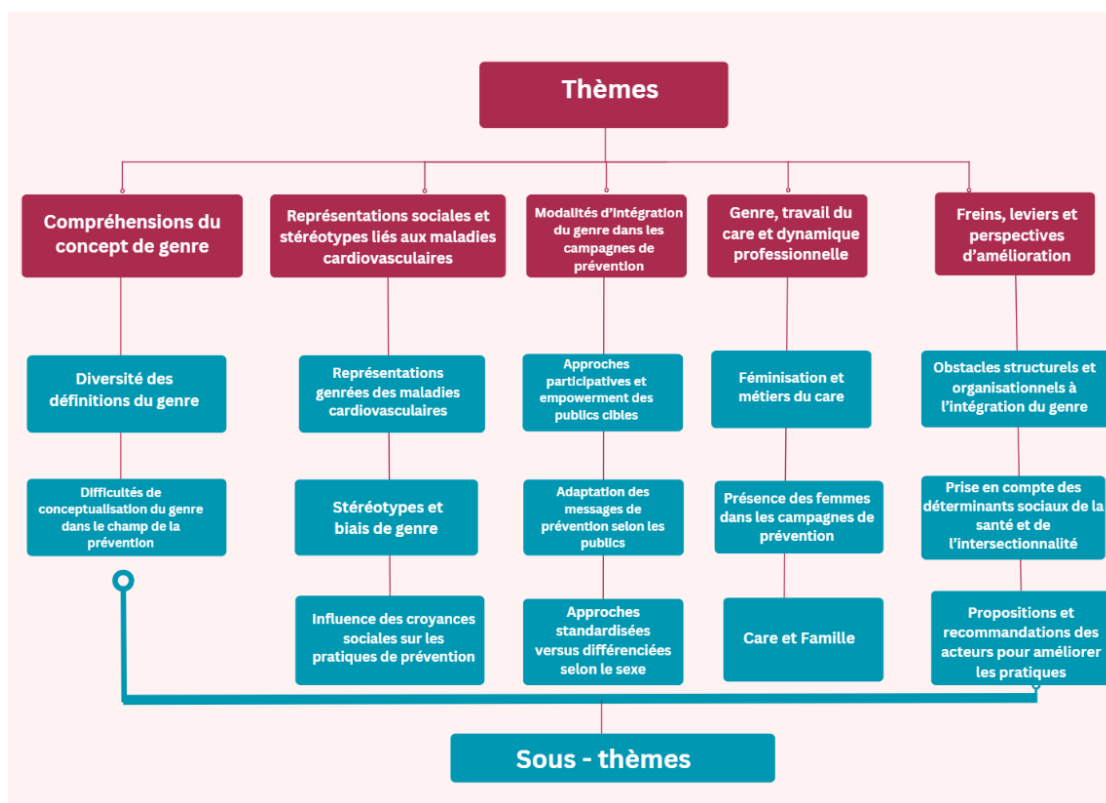
L'échantillon des participantes et des participants des huit entretiens et des deux focus groups comptait treize femmes et quatre hommes, occupant des fonctions différentes au sein de leurs institutions. En lien avec le tableau présenté dans le point 2.2, et afin de faciliter l'insertion des verbatims, nous avons attribué à chacun des participantes (P) et participants (P) un numéro selon l'ordre d'apparition dans le tableau ci-dessous. Le tableau général précisant les fonctions secondaires sera placé en annexe afin d'apporter d'autres informations sur les fonctions ou rôles organisationnels occupés par les participantes et participants.

Types de professions	Total	Femmes	Hommes
Médecins	3	P1	P2 et P3
Infirmières et Infirmier	5	P4-7	P8
Sage-femme	1	P9	0
Psychologues	3	P10-12	0
Diététiciens	2	P13	P14
Assistante sociale	1	P15	0
Chargée de communication	1	P16	0
Accueillante en maison médicale	1	P17	0
Nombres total des personnes	17	13	4

3.2. Présentation des résultats

L'analyse thématique des entretiens a permis de faire émerger cinq thèmes principaux relatifs à la manière dont le concept de genre est intégré dans les campagnes de prévention primaire et secondaire des maladies cardiovasculaires en Fédération Wallonie-Bruxelles. Sous forme de graphique, ces thèmes, eux-mêmes subdivisés en sous-thèmes, permettent de structurer et d'organiser les principaux résultats issus du terrain.

Graphique représentant les thèmes et les sous-thèmes des résultats :



3.2.1. Compréhension du concept du genre

3.2.1.1. Diversité des définitions du genre

Le mot « genre » a été défini de diverses manières par les participantes et participants. Majoritairement, les participantes et participants définissent le genre par le simple fait d'être « *un homme ou une femme* » (P2, médecin). Certains apportent une nuance en partant des maladies cardiovasculaires, en définissant le genre comme « *la différence entre les hommes et les femmes en termes de maladies cardiovasculaires* » (P16, chargée de communication).

D'autres encore le définissent en partant de la comparaison entre sexe et genre, en utilisant à chaque fois des termes différents pour distinguer les deux concepts : « *pour moi le sexe c'est ce qu'on nous détermine à la naissance et le genre c'est la construction sociale* » (P5, infirmière) et « *pour moi le sexe est une composante biologique, alors que le genre s'appuie sur cette composante-là mais relève aussi d'une dimension sociale et sociétale* » (P4, infirmière en santé communautaire). Toujours en le comparant au sexe, certains apportent une autre nuance à la compréhension du concept de genre : « *moi je rejoins l'idée que le genre c'est celui auquel on s'identifie, tandis que le sexe c'est biologique-génétique* » (P15, assistante sociale).

D'autres, sans comparer le genre au sexe, l'aborde directement comme « *un construit social qui part d'une vision binaire de la société basée sur le sexe, donc féminin et masculin, et ce*

construit social va conférer des comportements, des qualités, des habitudes de vie, des manières de relationner aux autres propres à si on est assimilé en tant que femme ou en tant qu'homme dans ce construit social » (P9, sage-femme). Enfin, certains complètent leurs définitions en ajoutant que le genre peut également être défini comme *« un concept transversal qui peut être questionné à tous les niveaux de la société »* (P4, infirmière en santé communautaire).

3.2.1.2. Difficultés de conceptualisation du genre dans le champ de la prévention

Pour la plupart, même si elles/ils parviennent à donner une définition du concept de genre tel que présenté ci-dessus, elles/ils continuent à le considérer comme un concept qui n'a pas encore reçu de définition unanime. Le genre est donc encore considéré comme *« un mot plutôt abstrait, que l'on entend de plus en plus mais sans généralement bien le raccrocher à une définition précise ... on voit que c'est de plus en plus employé mais de là à dire : on est au clair là-dessus, je ne crois pas que ça soit le cas »* (P4, infirmière en santé communautaire).

Certains ont également exprimé la difficulté qu'ils rencontrent à définir le genre : *« le genre en santé, honnêtement, mettre un mot, ça sera très difficile pour moi »* (P11, psychologue). D'autres abordent directement le genre sans en donner une définition littérale, mais en mobilisant des constats empiriques : *« Justement, je pense qu'il faut que les études changent et qu'il faut que les mentalités changent et que les femmes ne soient plus considérées comme un sous-groupe, mais comme un groupe à part entière dans les études »* (P16, chargée de communication).

Pour certains, la difficulté de conceptualisation du genre en prévention relève du fait qu'elles/ils considèrent, sans le nommer explicitement, la notion de genre comme renvoyant aux différentes identités de genre propres aux personnes : *« Je ne pense pas du tout en termes de genre. Quand je vois des patients, je n'ai pas été formé du tout à ça. »* (P2, médecin). Lorsque cette notion est abordée dans le cadre de leur pratique, cette conceptualisation spécifique du genre réapparaît : *« c'est un peu délicat comme question d'aller poser ça aux patients. Fin, d'aller poser ça aux patients, c'est un peu ... si ça ne vient pas ... si l'info ne vient pas de lui, c'est que peut-être... je ne sais pas ... »* (P17, accueillante).

3.2.2. Représentations sociales et stéréotypes liés aux maladies cardiovasculaires

3.2.2.1. Représentations genrées des maladies cardiovasculaires

Au sujet de l'incidence des maladies cardiovasculaires entre les hommes et les femmes, trois groupes de participantes et participants se dégagent. Une majorité considère que les maladies

cardiovasculaires touchent autant les hommes que les femmes, tout en apportant une nuance importante : *« alors de manière générale, je dirais que c'est assez réparti de manière assez équitable. Par contre, ce qui n'est pas équitable, c'est la manière dont on ... fin la proportion dans laquelle on les diagnostique chez les hommes et chez les femmes. C'est-à-dire qu'on a comme préjugé que c'est une maladie principalement masculine et qui est donc surdiagnostiquée chez les hommes et sous-diagnostiquée chez les femmes. Et c'est une des causes de mortalité les plus importantes chez les femmes puisque sous-diagnostiquée et sous-traitée »* (P9, sage-femme).

Le deuxième groupe pense plutôt que les maladies cardiovasculaires concernent davantage les hommes, tout en intégrant également les femmes comme public cible : *« j'ai l'impression que c'est plus les hommes, mais il y a quand même pas mal de femmes aussi »* (P3, médecin).

Enfin, pour le troisième groupe, la prévalence et l'incidence des maladies cardiovasculaires sont associées à des critères spécifiques, tels que l'âge : *« oui, il y a pas mal aussi. Mais l'âge... Mais l'âge aussi, c'est ça ... 55, 45 ans je ne sais pas »* (P1&2, médecins), ou encore les facteurs de risque cardiovasculaires, comme public principal les hommes : *« c'est plus les hommes que les femmes »* (P2, médecin).

3.2.2.2. Stéréotypes et biais de genre

La majorité des participantes considère que les maladies cardiovasculaires constituent la première cause de mortalité chez les femmes : *« les maladies cardiovasculaires sont la première cause de mortalité chez les femmes en Belgique et dans le monde. Et les femmes, si je ne me trompe pas, correspondent quand même à 51 ou 52 ou 53% de la population. Donc au final, on est en plus grand nombre. Et c'est la première cause de mortalité avant le cancer du sein et tout ça. Et c'est vrai que je pense que si on fait un micro-trottoir dans les rues demain et qu'on demande quelle est la première cause de mortalité chez les femmes, très peu de gens vont répondre les maladies cardiovasculaires. Parce qu'il y a encore des gros stéréotypes »* (P16, chargée de communication).

La plupart des participantes mettent en avant les stéréotypes et les croyances partagées au sein de la population concernant le public cible des maladies cardiovasculaires : *« Et c'est vrai que dans l'imaginaire des gens [...] les maladies cardiovasculaires touchent que les hommes qui ont 50 ans et plus, qui sont un peu trop gros, qui mangent un peu trop le midi, qui boivent un petit verre de vin et qui fument une cigarette. [...] je pense qu'il y a des stéréotypes qui sont*

encore très ancrés dans les mentalités. Et dans l'imaginaire collectif, la personne qui fait un arrêt cardiaque, ce n'est pas une femme » (P16, chargée de communication).

D'autres abordent également la question des stéréotypes, à la fois du point de vue de la recherche et des pratiques de soins. Du côté de la recherche : *« tu as déjà bien pu voir dans tes travaux, mais souvent les études ont été faites sur des hommes blancs européens ou américains. Donc déjà les femmes sont souvent exclues des études. Bon maintenant ça change, maintenant euh les femmes ne sont plus considérées comme un sous-groupe, mais comme un groupe à part entière » (P16, chargée de communication).*

Du côté du personnel soignant en milieu hospitalier : *« J'ai l'impression [...] qu'une patiente qu'on va envoyer aux urgences [...] sera peut-être moins bien entendue si c'est une femme jeune [...] que si c'est un homme de 50 ans qui a des facteurs de risque. On a par exemple des douleurs abdominales, on va d'office se dire ah ben c'est gynécologique [...] même si c'est une femme, on doit considérer cette question-là, mais il y a quand même le reste » (P1, médecin).*

Certaines participantes estiment également que ces stéréotypes sont présents chez les patientes et les patients eux-mêmes : *« J'ai eu le cas d'une patiente [...] qui est fermière [...] elle est venue en consultation [...] parce qu'en fait elle arrivait plus à dormir. Elle était fatiguée [...] elle mettait à l'avant-plan [...] le fait qu'elle gardait ses petits-enfants et qu'émotionnellement c'était compliqué [...] elle n'avancait que ces choses-là. Alors que finalement [...] il y avait un problème cardiovasculaire derrière [...] elle n'a pas dit j'ai mal dans la poitrine, j'ai des palpitations [...] elle disait je suis stressée, je suis submergée émotionnellement, et finalement en faisant tout un bilan : elle a eu une coronarographie et il y avait quelque chose » (P1, médecin).*

3.2.2.3. Influence des croyances sociales sur les pratiques de prévention

La plupart des participantes et participants, en fonction de leur appropriation ou de leur définition du concept de genre, décident ou non de l'intégrer dans leur pratique de prévention. Certains indiquent adopter une approche sans distinction de genre : *« je n'ai pas fait de distinction, même si je sais que la littérature montre qu'il y a un facteur de risque bien plus élevé chez les femmes, mais je n'ai pas fait de distinction dans mon travail entre hommes et femmes. Donc je suis quand même plus partie d'une vue plus globale. Et donc, il n'y a pas de distinction qui est faite, il n'y a pas de tri qui est fait, ou de traitement de faveur, si c'est une*

femme ou un homme, dans mon approche de sensibilisation, de prévention au niveau des maladies cardiovasculaires » (P14, diététicien).

Cependant, d'autres, tout en abordant les différences en termes de symptômes entre les hommes et les femmes, mettent en avant la nécessité de prendre en compte les représentations que les professionnels peuvent avoir : *« Tout le monde sait les symptômes de la crise cardiaque chez l'homme : douleur, etc. Mais chez la femme, ça peut être [...] une douleur abdominale sourde pendant plusieurs jours. [...] les femmes sont moins crues dans leur douleur [...] leur douleur était minimisée. [...] parler de ces symptômes, prendre en compte ces représentations-là, que même nous en tant que professionnels de santé on a, même si on essaie de les déconstruire [...] pas que sur les femmes, sur les personnes racisées, sur les personnes obèses » (P5, infirmière).*

D'autres participantes estiment que la notion de genre n'est pas encore réellement intégrée dans leur pratique : *« En fait, je me suis rendu compte qu'on ne l'intégrait pas tant que ça [...] dans les campagnes proprement dites [...] sur la prévention cardiovasculaire [...] on essaye d'en dire un mot, mais dans notre discours aussi bien que dans notre formation, il n'y a pas spécifiquement une dimension genrée et c'est peut-être un tort [...] De dire vraiment au moins chez les professionnels sensibiliser au fait que le genre est une composante de la santé finalement » (P4, infirmière en santé communautaire).*

D'autres encore, en lien avec ces différentes manières de se représenter le public cible des maladies cardiovasculaires, expliquent que leur prise en charge repose principalement sur des facteurs de risque, tels que l'âge : *« On va entre guillemets soigner tout le monde de la même façon, mais en fonction du sexe biologique de la personne [...] par exemple [...] telle personne elle a 40 ans, je ne veux peut-être pas lui proposer d'emblée d'aller chez le cardiologue [...] mais par contre si il ou elle a 50 ans, on le ferait [...] plus parce qu'il y a des critères entre guillemets liés à l'âge mais pas lié au fait que ce soit un homme ou une femme » (P1, médecin).*

3.2.3. Modalités d'intégration du genre dans les campagnes de prévention

3.2.3.1. Approches participatives et empowerment des publics cibles

Les participantes et participants mettent en avant l'importance de respecter certains principes issus de la promotion de la santé et de la santé communautaire, qu'elles/ils considèrent comme des modalités d'intégration du genre dans les campagnes de prévention en santé.

Ils soulignent notamment l'importance de l'implication des publics cibles dans les processus d'élaboration des projets : *« Hmmm ce que je dirais, c'est qu'on prône dans une démarche de promotion de la santé, on prône au maximum d'impliquer les publics cibles dans les processus d'élaboration du projet, pour que ça corresponde un maximum à leurs besoins et à leurs demandes. Et du coup, dans la même lignée, si on intègre les publics cibles à l'élaboration, aux différentes étapes d'élaboration des projets, eh bien ça permet de prendre en compte leurs besoins qui sont, entre autres, propres à leur genre et à leur situation dans la société »* (P9, sage-femme).

Certaines participantes évoquent également des démarches de co-construction : *« Ça a été co-construit avec les personnes qui sont venues, qui étaient intéressées par le projet et on a fait trois tables rondes, trois soirées et on est arrivées à ce qu'on a là »* (P17, accueillante).

D'autres décrivent des démarches reposant sur des diagnostics communautaires : *« Et donc là comme on voulait coconstruire avec le public, on a leur proposé, fin voilà, on a un petit peu fait une enquête de santé auprès de trois communes, ... Et sur base des résultats de cette enquête, on s'est dit ben voilà ça c'est l'enquête de population donc le diagnostic communautaire en quelque sorte : quels sont les thèmes qui reviennent le plus souvent ? Et dans les préoccupations des gens il y a eu : le stress, le sommeil, l'activité physique et l'alimentation »* (P4, infirmière en santé communautaire).

3.2.3.2. Adaptation des messages de prévention selon les publics

À l'inverse, certaines participantes et certains participants considèrent que l'intégration du genre dans leurs pratiques repose davantage sur une adaptation individualisée des soins.

Ils indiquent ne pas opérer de distinction en amont dans la conception des actions, mais adapter leur discours ou leur posture en fonction des personnes rencontrées : *« Quand je prépare vraiment mon action, je ne vais jamais faire une distinction entre homme, femme. Par contre, en termes d'adaptation [...] on peut avoir une précaution liée au genre [...] ce sont plus des adaptations ou une interprétation qui peut être différente, mais sur le moment. Mais en amont, dans la préparation, il n'y a aucune distinction. Moi, je suis là pour donner un message santé, que ce soit un homme ou une femme »* (P14, diététicien).

Cette approche est également illustrée par un suivi centré sur la personne : *« C'est un suivi individualisé vraiment, propre à la personne que l'on a en face de nous. »* (P10, psychologue).

3.2.3.3. Approches standardisées versus différenciées selon le sexe

Pour d'autres participantes et participants, l'intégration du genre ne se limite pas à l'adaptation individuelle, mais passe également par l'intégration de questions ou d'informations spécifiques prenant en compte la dimension genrée.

Cela se traduit notamment par l'intégration d'éléments spécifiques dans certains dispositifs de prévention : *« du coup là en faite pour la campagne du dépistage du diabète on prend en compte le genre parce qu'on a des questions spécifiques pour les femmes euh comme le SOPK. Après il y a la question : est-ce que vous avez eu le diabète gestationnel ? Est-ce que vous avez eu à accoucher d'un enfant de plus qu'4 kg ? Et ces questions là du coup on prend en compte vraiment le genre »* (P13, diététicienne).

Par ailleurs, certaines participantes mettent en avant l'importance des différences biologiques dans la prise en charge : *« Comment t'orientes aussi ta prise en charge, quelles questions tu as posé au patient [...] on sait que la plupart des traitements ont été testés [...] sur les mâles, que les symptômes de la crise cardiaque [...] sont totalement différents pour les hommes que pour les femmes, c'est pour ça qu'il y a beaucoup plus de femmes qui décèdent [...] on a des hormones qui avec la ménopause vont changer [...] les contraceptions aussi vont jouer [...] moi je sais que j'ai une patiente [...] femme, bah je les ai en tête comparés à un homme »* (P5, infirmière).

3.2.4. Genre, travail du care et dynamique professionnelle

3.2.4.1. Féminisation et métiers du care

La plupart des participantes et participants abordent la question des stéréotypes de genre incarnés dans la notion de care : *« Ça existe, c'est ancré, c'est générationnel. En fait, chez d'autres personnes ça évolue, mais j'ai le sentiment que c'est quand même plus générationnel. Parce que je pense qu'au plus on évoluera, les nouvelles générations, les rôles seront différents, les sexes seront les mêmes, mais les rôles seront différents »* (P14, diététicien).

Ils évoquent également les rôles traditionnellement attribués aux femmes : *« Quand je parle d'alimentation, quand je parle de médicaments, le rôle de la femme [...] c'est de s'occuper plus de faire à manger [...] s'occuper des enfants [...] des médicaments, de la maison. [...] on ne parle pas que si je suis un homme je suis une femme en termes de sexe, mais le rôle fait que les femmes auront plus cette responsabilité, ou cette sensibilité, ou ce rôle tout simplement »* (P14, diététicien).

Certaines participantes évoquent la question de l'équité dans la répartition des rôles et les représentations associées : « *Et donc dans ce livret, on avait quand même pointé le fait que ben : la charge n'est pas toujours équitablement répartie selon qu'on est homme ou femme aidant proche. Une femme aidant proche, c'est son rôle ; un homme aidant-proche, c'est un héros quoi vous voyez* » (P4, infirmière en santé communautaire).

D'autres mettent en avant la prédominance féminine dans le secteur de la santé, ainsi que la question de la négligence de la santé des professionnelles : « *Alors je me trompe peut-être, c'est une interprétation que je fais, mais comme le secteur de la santé, le Caire est principalement féminin. Je pense qu'il y a aussi cette dimension qu'ont les professionnels et les personnes qui sont dans ces domaines-là auraient peut-être tendance à davantage négliger leur santé.* » (P4, infirmière en santé communautaire).

3.2.4.2. Présence des femmes dans les campagnes de prévention

La majorité des participantes et participants soulignent que les femmes sont majoritaires dans les campagnes de prévention : « *Quel public je retrouve ? De part nos canaux, c'est d'abord un, les affiliés. Mais plus de femmes, quand même. Plus de femmes. Ça, c'est un constat. Même en interne, quand je fais des actions, après, on est plus de femmes, ici. Mais quand je fais des actions, c'est quand même plus de femmes. Je ne sais pas tellement l'expliquer* » (P14, diététicien).

Certaines participantes, à partir de leurs expériences, mettent en avant un engagement plus important des femmes dans leur santé : « *Mais euh de façon générale avec les expériences que j'ai pu avoir avec tout ça les femmes sont plus dans la prévention et pro-actives dans leur santé que les hommes* » (P5, infirmière).

Cependant, d'autres nuancent cette idée en soulignant la charge portée par les femmes : « *justement on se pose la question, est-ce que les femmes vont avoir plus tendance à être proactives dans leur suivi ? Mais ça reste une question. Je pense que la fréquentation des consultations est vraiment mixte* » (P3, médecin).

3.2.4.3. Care et famille

Certaines participantes abordent la notion de care en lien avec la sphère familiale, en mettant en évidence les rôles genrés au sein de la famille, tant pour les tâches domestiques que pour la gestion de la santé.

Concernant les tâches domestiques : *« S'il y a des trucs fin ... voilà ... après parce que le genre résulte d'une construction sociale et que ben souvent euh ... c'est les mères qui s'occupent des enfants, ... qui ont la charge domestique, etc. On le prend en compte et qui préparent les repas parce que si tu vas avoir l'homme diabétique qui va te dire que en fait euh : les conseils il ne peut pas les appliquer parce que ce n'est pas lui qui cuisine, ... tu vois ces genres de choses ... »* (P5, infirmière).

Concernant la gestion de la santé familiale : *« Puis les hommes qui viennent en consultation sont envoyés par leur femme »* (P2, médecin) ou encore *« quand on parle d'alimentation, il n'y a rien à faire. Je constate que l'alimentation, c'est plus la femme qui est attentive. Ou par exemple, je parle d'alimentation à un monsieur en agence, il va dire, je vais montrer à ma femme, ça m'intéresse ce que vous me donnez, l'outil que vous me donnez, je vais le montrer à ma femme. Typiquement, pour les médicaments, un peu dans la gestion du ménage »* (P14, diététicien).

Enfin, certaines participantes mettent en avant la nécessité pour les femmes d'être davantage à l'écoute de leur corps et de leurs symptômes : *« Après aussi, on continue à faire de la prévention au maximum et de l'éducation pour justement changer un peu ses mentalités. Que les femmes aussi prennent conscience de leur santé et que je pense qu'on a toujours un peu ce rôle de prendre à cœur la santé des autres, notamment des enfants, avant la notre, notre propre santé. Et qu'il faut aussi apprendre à s'écouter, à écouter ses symptômes. Il ne faut pas toujours se procrastiner en se disant on verra plus tard, on verra plus tard. Je pense qu'il faut essayer aussi de s'écouter un peu plus »* (P16, chargée de communication).

3.2.5. Freins, leviers et perspectives d'amélioration

3.2.5.1. Obstacles structurels et organisationnels à l'intégration du genre

Les participantes et participants abordent plusieurs obstacles liés à la formation, au financement, à la recherche, ainsi qu'à des freins systémiques à l'intégration du genre.

Concernant la formation, certains participants soulignent l'impact du manque de formation des professionnel·le·s sur la prise en charge des patients et patientes : *« Elle avait toujours mal à l'épaule gauche et on lui disait [...] c'est à cause de la bandoulière de votre sac [...] et donc en fait elle avait des problèmes cardiovasculaires. [...] même en termes de prise en charge [...]. C'est vrai que je pense que même en termes de prise en charge dans le service, dans les hôpitaux, médecins généralistes et tout, il faut que l'image change aussi. Mais ça, il faut que ça change depuis les études de médecine aussi »* (P16, chargée de communication), ou encore : *« pas assez, je trouve dans les formations en général. Nous, je pense qu'on l'a conscientisé entre nous ... et puis déjà on parlait l'autre fois du lipodème de ce genre de ..., on se met à la page tout ça et peut-être parce qu'aussi dans notre vie personnelle on est avec des gens engagés ou militantes ça donc ça nous fait une ouverture d'esprit »* (P5, infirmière).

Le financement, que ce soit dans la recherche ou dans les activités locales visant à intégrer la notion de genre, reste un obstacle majeur partagé par la majorité des participantes et participants : *« Mais sans financement, et là on arrive aux limites du secteur de la santé ou du social, sans financement, sans temps long pour faire de la recherche ... On est vraiment confronté à cette difficulté de faire se répondre différents secteurs pour moi »* (P4, infirmière en santé communautaire).

3.2.5.2. Prise en compte des déterminants sociaux de la santé et de l'intersectionnalité

La majorité des participantes et participants soulignent l'importance des déterminants sociaux de la santé, qui fragilisent particulièrement la santé des femmes : *« On voit bien que [...] il y a une convergence de déterminants qui vont fragiliser la situation des femmes. [...] les revenus qui ne sont pas nécessairement égaux à ceux des hommes, le travail qui n'est pas aussi de qualité [...] le poids familial dont toutes les responsabilités de l'environnement immédiat [...] de la femme. [...] ce sont des déterminants qui font que [...] ça reste des facteurs qui vont davantage pénaliser les femmes à mon sens en tout cas »* (P4, infirmière en santé communautaire).

D'autres ciblent principalement un déterminant social pour expliquer les inégalités : *« c'est aussi les personnes défavorisées, on voit qu'elles ont beaucoup plus de problèmes cardiovasculaires que les personnes riches, si on peut dire ça comme ça, parce que la santé n'est pas leur priorité, mais en fait, c'est aussi une question d'éducation, parce que je pense que manger bien, bouger plus, ce n'est pas une question de fin, ce n'est pas une question d'avoir de*

l'argent. On ne parle pas encore de manger bio et compagnie, mais manger plus de légumes, manger plus de fruits, manger moins de plats transformés, ce n'est pas, encore une fois, ce n'est pas une question de budget, je pense que c'est une question d'éducation aussi » (P16, chargée de communication), ou encore : « Il y en a énormément, d'inégalités sociales de santé. Elles peuvent être multiples, mais j'ai quand même envie de dire... Ce n'est pas une excuse en soi, mais ce qui ressort le plus, c'est quand même l'économique, en premier lieu. Mais de l'économique découle d'autres inégalités sociales de santé » (P14, diététicien).

Chez certaines participantes, la notion d'intersectionnalité apparaît comme essentielle à prendre en compte dans l'analyse des inégalités et discriminations en santé : *« La conception de la santé ne peut pas se faire au prisme que d'un seul paramètre et d'un seul type de discrimination. [...] notre focus se fait sur le genre [...] mais pour nous, il est toujours important d'avoir une vision globale de ce qui se joue dans les parcours individuels et collectifs [...] fusionner les expertises pour pouvoir avoir différents angles de vue et proposer une approche qui est la plus inclusive possible. Donc, voilà ce que je dirais par rapport à l'intersectionnalité » (P9, sage-femme).*

Elles apportent également leurs propres conceptions de l'intersectionnalité, considérant qu'il s'agit d'un concept parfois mal utilisé ou simplifié : *« C'est vrai que c'est un terme qui a tendance à être un petit peu, comment dire, vidé de sa substance, parce qu'on l'utilise à tort et à travers » (P9, sage-femme).* Elles soulignent aussi les limites actuelles de l'approche intersectorielle : *« En promotion de la santé [...] on est encore trop cloisonné en termes d'intersectorialité, on ne fait pas se répondre différents secteurs qui pourtant participent de la vie des citoyens [...] si on parle du secteur de l'éducation, [...] de l'emploi, [...] de la santé [...] il n'y a pas encore assez de convergence [...] pour mettre le focus sur [...] quels sont les groupes vraiment vulnérables » (P4, infirmière en santé communautaire).*

Enfin, une participante propose une synthèse qui articule ces différentes dimensions : *« Mais je pense que ce qui est important à retenir, c'est juste de concevoir les parcours individuels comme des chemins complexes qui intègrent différents vécus liés à différentes caractéristiques, en fait, qui dépendent surtout de dominations systémiques et qui sont très importantes à prendre en compte pour quand on parle de santé globale, on ne peut pas ignorer ces facteurs-là, puisqu'ils influencent, en fait, toutes les conditions de vie et le rapport à la société, aux autres, aux systèmes de soins, du coup, etc. » (P9, sage-femme).*

3.2.5.3. Propositions et recommandations des acteurs pour améliorer les pratiques

La majorité des participantes et des participants ont proposé plusieurs pistes de solutions pour améliorer leurs pratiques par rapport à la prise en compte du genre.

Pour commencer, la plupart des participantes et participants pensent que les efforts doivent être sociétaux et d'abord commencer dans la sphère politique : *« je pense que aussi un enjeu presque de société comme on euh la santé dans toutes les politiques, euh ... Health in all politics »* (P4, infirmière santé communautaire). Cette politique a un rôle important à jouer pour faire ressortir les inégalités de santé qui peuvent exister : *« donc pour moi, j'ai envie de dire les efforts doivent plus relever, puis aussi de la sphère politique d'avoir une vraie politique féministe par rapport à la santé des femmes »* (P4, infirmière santé communautaire).

Ensuite, la majorité pense que le besoin de changement passe par un effort déployé sur tous les axes : *« Donc, formation initiale, formation continue, recherche et alors financement de manière structurelle sur les questions de genre donc à l'échelle nationale. Ce qui serait bien, c'est que ça passe par le SPF santé publique, que ce soit une thématique qui soit prise en compte et considérée comme prioritaire ou primordiale et que ça puisse permettre de développer des processus d'intervention quels qu'ils soient auprès des structures pour sensibiliser aux questions de genre »* (P9, sage-femme).

De manière pratique pour les maladies cardiovasculaires, les participantes ont proposé plusieurs actions pour l'intégration du genre dans les campagnes de prévention. Certaines proposent par exemple la création d'un fascicule qui retrace le parcours de la femme depuis l'adolescence jusqu'à la ménopause en lien avec le tabac : *« Donc ça, c'est un fascicule qu'on est en train de concevoir depuis un an, un an, voire deux ans. On l'a bientôt fini d'ailleurs. Et donc, c'est un fascicule qui retrace un peu toutes les périodes de la vie de la femme. Donc de l'adolescence, la conception d'un enfant, l'accouchement, le postpartum et la ménopause. Et à chaque fois, l'impact du tabac sur ces périodes de la vie en fait »* (P11, psychologue). D'autres parlent aussi d'une application développée en France pour la prise en charge des populations avec d'autres identités de genre ou des populations marginalisées : *« une application qui recensait toutes les sage-femmes et gynéco féministes ou L G. B. T friendly ou euh pour les travailleuses du sexe, ... fin vraiment on voit ... en fait pareil, tu te retrouves à aller vers les mêmes professionnels parce que tu sais qu'au moins tu seras pas maltraité et tu seras bien soignée, tu seras bien pris en compte »* (P5, infirmière).

D'autres encore abordent la question du rôle du médecin traitant, qui est capitale dans la prise en charge des patientes et des patients : « *C'est l'intérêt du médecin de famille [...] quand on connaît des gens bien [...] depuis un certain temps. On entend dans la manière dont ils s'expriment [...] l'importance de la plainte [...] des gens qu'on connaît puis tout d'un coup qui viennent avec un autre discours, on se dit là [...] il y a quelque chose qui se passe [...] le fait de connaître, de savoir un peu comment les gens s'expriment, dans quel milieu ils vivent, comment ils fonctionnent [...] ça permet [...] de sentir qu'il y a quelque chose qui nécessite peut-être d'aller un peu plus loin dans l'écoute, et dans le bilan* » (P2, médecin).

D'autres mettent aussi en avant la question de l'aide au citoyen dans l'intégration de ces comportements de santé, qu'ils soient partagés en prévention primaire ou secondaire : « *Dans quelle mesure on encourage aussi le citoyen, la citoyenne [...] à avoir du temps pour faire un check-up ? [...] Comment est-ce qu'on va modifier les conditions de vie qui font qu'ah oui je dois bouger plus ? Oui mais est-ce que j'ai le temps de bouger plus ? [...] il faut jouer sur les deux plateaux de la balance [...] on ne peut pas occulter le fait que les gens doivent être [...] sensibilisés pour renforcer leur pouvoir d'agir sinon ça devient un message top-down [...] c'est vraiment arriver à faire vivre ça des deux côtés* » (P4, infirmière santé communautaire).

Certains participantes et participants rappellent encore l'importance de travailler en intersectionnalité et en partenariat avec les autres secteurs socio-santé pour une prise en charge globale des patients : « *On essaye de fusionner les expertises pour pouvoir avoir différents angles de vue et proposer une approche qui est la plus inclusive possible [...] ça prend en compte les différentes discriminations. [...] on travaille en réseau, en partenariat et en collaboration avec des associations qui traitent de ces thématiques-là [...] qui traitent avec des communautés qui sont sujettes au racisme [...] aux discriminations LGBT, les QIA+* » (P9, sage-femme).

4. Discussion

À présent, nous allons tenter de répondre à notre problématique de départ : « **Comment le concept de genre est-il pris en compte par les acteurs et actrices des campagnes de prévention primaire et secondaire des maladies cardiovasculaires en Fédération Wallonie-Bruxelles ?** ».

Il nous semble important de rappeler le paradigme dans lequel s'inscrit cette recherche, car non seulement les paradigmes structurent l'entièreté de la recherche, allant de la manière de définir un problème à la manière de définir ce qui est réel et connaissable, mais surtout parce que toute démarche scientifique s'inscrit (explicitement ou implicitement) dans un paradigme donné (Jewell, 2026).

De ce fait, en analysant mon parcours depuis mes études d'infirmière jusqu'à mes études de master en santé publique, je me suis rendu compte que mon raisonnement, ma conception de la réalité et mon jugement critique ont toujours été inscrits dans une posture constructiviste. Ainsi, afin de rester fidèle à cette posture, mais également en m'appuyant sur la littérature scientifique, je vais tenter d'analyser les résultats de cette étude. Par la suite, dans une seconde section, je traiterai les limites de l'étude et des pistes d'amélioration, avant d'explorer les perspectives de recherche dans une troisième et dernière partie.

En préalable, je vais définir ce qu'est un paradigme et plus particulièrement celui auquel je m'identifie. De manière générale, les paradigmes scientifiques sont définis comme l'ensemble des croyances et des accords partagés par une communauté scientifique sur la manière de comprendre et de traiter les problèmes (Kuhn, 1962/1970). Varpio et MacLeod (2020) ajoutent également qu'un paradigme « se compose des concepts, des pratiques et du langage qui définissent une approche particulière de la science ».

Concernant la posture constructiviste, Calvez (2010) explique que le paradigme constructiviste en santé repose sur l'idée que les individus construisent leurs propres connaissances à travers des interactions sociales et culturelles. Cette approche souligne l'importance des contextes sociaux et culturels dans la construction des risques et des connaissances en santé. En parlant du risque en santé, il précise que les chercheurs adoptant cette approche analysent les

dynamiques sociales et culturelles autour des risques de santé, considérant le risque comme une variable dépendante influencée par ces contextes.

Note réflexive :

Il nous semble aussi important de revenir sur les différents entretiens semi-directifs et focus groups que nous avons réalisés, avant de les analyser et les interpréter dans cette partie de discussion. Il s'agit du fait que : « la réalisation de ces différents entretiens m'a permis de me mettre dans une posture de chercheuse, et de fil en aiguille de construire une meilleure compréhension de mon sujet de recherche. Selon la disponibilité des participantes et des participants, je me suis soit rendue à leur bureau, sur leur lieu de travail, soit en distanciel pour réaliser ces entretiens. Ceux-ci m'ont également permis de me questionner sur ma propre compréhension du sujet et sur l'enrichissement que ces lectures et entretiens m'ont apporté. Dans les contacts réguliers avec mon promoteur, j'ai également appris à construire une structure d'analyse de résultats obtenus ».

4.1. Discussion des résultats en lien avec la littérature

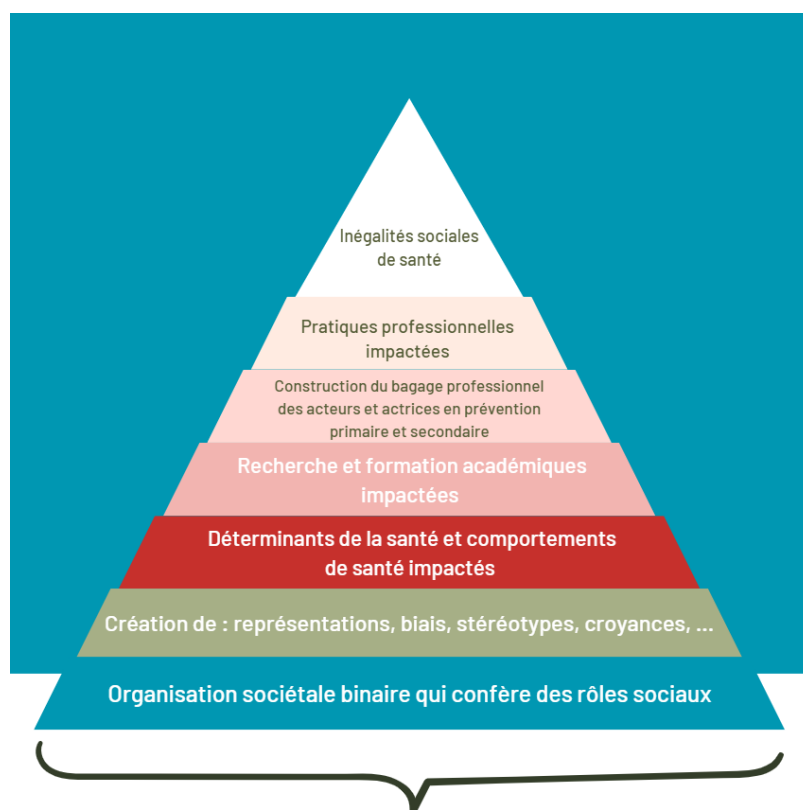
Les entretiens semi-directifs et les focus groups menés auprès de professionnels de la santé et du social en Fédération Wallonie-Bruxelles ont mis en évidence une grande diversité de représentations et de vécus en ce qui concerne le genre et sa prise en compte dans la prévention des maladies cardiovasculaires.

D'un côté, certaines personnes, en lien avec leurs professions et expériences, sont conscientes de la notion de genre et de sa dimension polysémique et parviennent à la définir sans se limiter à une vision binaire homme/femme. Pour d'autres, cette dimension polysémique n'existe presque pas : le genre reste perçu sous un angle de bicatégorisation, avec des rôles sociaux qui lui sont attribués.

Concernant son impact dans la prise en charge des maladies cardiovasculaires, la réalité reste la même : en fonction de la formation, des représentations, des stéréotypes, de la conscience personnelle ou institutionnelle, le genre est soit intégré en partie ou en totalité dans l'élaboration des campagnes de prévention, soit complètement ignoré ou rejeté.

Cette introduction à l'analyse nous amène donc à nous questionner non seulement sur la manière dont les acteurs de terrain intègrent le concept de genre dans leurs pratiques, mais aussi, et surtout, afin de tenter de répondre à notre question de recherche, à nous demander ce qui est à l'origine de cette hétérogénéité des représentations, tant dans la population que chez les professionnels de santé et du social. Pour nous aider à structurer nos réponses et en nous appuyant sur les résultats de l'étude, nous avons construit une pyramide analytique. Celle-ci permet d'illustrer, à la manière d'un iceberg, la complexité et la dimension souvent implicite de notre problématique, en mettant en évidence les différents niveaux d'influence qui sous-tendent les représentations et pratiques observées. Elle constitue ainsi un outil de lecture et d'interprétation des résultats présentés ci-dessus.

Le genre comme déterminant systémique et transversal de la santé : une lecture en pyramide



“ LE GENRE EST OMNIPRÉSENT À TOUS LES NIVEAUX DÉTERMINANT SYSTÉMIQUE ET TRANSVERSAL ”

Design graphique réalisé par Nolia Nsenga Ngoy (via Canva).

4.1.1. Organisation sociale binaire

L'analyse du corpus révèle d'emblée une grande diversité dans la manière dont les participants et participantes conceptualisent le genre au prisme de la santé. Ces conceptualisations recoupent les différentes typologies présentées dans la partie théorique : le genre comme sexe social, comme système de bicatégorisation, dans une dimension bio-sociale, jusqu'à une approche intersectionnelle. Cette diversité, située et contextualisée par la pluralité des formations, des parcours et des expériences professionnelles représentés, offre une vue d'ensemble précieuse sur la manière dont le concept de genre est compris et sur l'importance, variable selon les acteurs et actrices, qui lui est accordée dans les pratiques de prévention.

Cependant, s'en tenir aux seules définitions formulées par les participants et participantes ne suffirait pas à répondre à notre question de recherche. Ces conceptualisations, aussi riches soient-elles, ne constituent qu'un premier niveau de lecture. Pour aller plus loin, il a fallu déplacer le regard analytique vers l'ensemble du corpus, en prêtant attention non seulement au contenu des propos, mais aussi à leur texture : l'intonation des voix, le choix des mots, la nature des arguments mobilisés. Cet examen attentif : a permis de faire émerger un soubassement commun, transversal à l'ensemble des discours : l'organisation binaire de la société, profondément ancrée dans le contexte d'étude, et qui sous-tend souvent de manière implicite, les prises de position de la quasi-totalité des participants et participantes.

En effet, pour reprendre les mots de la plupart des répondants et répondantes, il est impossible de parler d'intégration du genre ou de changement des pratiques sans aborder la question de l'impact de la société dans son ensemble : des politiques publiques à l'organisation structurelle de la vie des citoyens et citoyennes, façonnée par des normes sociales, des représentations et des rapports de pouvoir qui conditionnent profondément les questions de santé, tant pour les hommes que pour les femmes. Cette lecture trouve un écho direct dans les travaux de l'historienne Joan W. Scott (1986), pour qui le genre ne se réduit pas à une identité ou à un rôle social : il constitue un système de signification, un principe organisateur des institutions, des représentations et des pratiques sociales, fondé sur les différences perçues entre les sexes et indissociable des rapports de pouvoir. Dès lors, analyser les représentations et les récits des participants et participantes à travers ce prisme révèle que la dimension binaire de l'organisation sociale est non seulement omniprésente, mais qu'elle constitue la porte d'entrée à partir de laquelle l'ensemble des discours recueillis peut être compris.

Il ne s'agit pas ici de nier les efforts considérables portés par les organisations nationales et internationales en faveur de l'équité et du bien-être de chaque être humain. Il s'agit plutôt de prendre du recul pour identifier les enjeux sociétaux qui, malgré ces efforts, persistent et continuent d'inscrire les discours dans une logique de domination au cœur de l'organisation binaire de nos sociétés, logique que notre corpus d'étude reflète avec clarté.

Ce changement de regard ouvre ainsi la voie à l'analyse des représentations, des stéréotypes et des biais qui traversent la recherche médicale, les pratiques diagnostiques et les politiques de santé. Il permet de montrer que les différences observées entre hommes et femmes ne sont jamais simplement biologiques ou neutres, mais toujours prises dans des rapports de pouvoir. Comme le souligne Nathalie Bajos (2019), le genre constitue un dispositif de classement qui produit et organise ces rapports de pouvoir, et c'est à ce titre qu'il doit être placé au cœur de toute démarche de prévention en santé.

4.1.2. Représentation, biais, stéréotypes et croyances

Les notions de représentations, de biais, de stéréotypes et de croyances liées aux maladies cardiovasculaires ont été omniprésentes dans les discours des participants et participantes. Ces éléments traversent l'ensemble des acteurs concernés par la prévention : le grand public, les patientes et patients, mais aussi les professionnels de la santé et du social. Parmi les stéréotypes les plus fréquemment évoqués figure, en premier lieu, la perception des MCV comme des pathologies affectant majoritairement les hommes, une idée largement partagée, tant dans la population générale qu'au sein d'une part significative du corps médical, ainsi que le montrent les résultats de cette étude.

Ce constat rejoint directement l'une des idées défendues en introduction de ce mémoire : les MCV ne relèvent pas uniquement de la sphère médicale, mais constituent également un enjeu social et genré. Au cœur de cet enjeu se trouvent d'abord l'organisation binaire de la société, puis les normes sociales qui en découlent. Réduire ce stéréotype à un simple avis partagé par une majorité de personnes à un moment donné de leur parcours de vie serait, comme l'a formulé une participante, méconnaître « la dimension ancrée dans les mentalités ». C'est précisément cette dimension ancrée, construite, partagée et reproduite collectivement, que l'analyse mot à mot du corpus invite à explorer.

À cet égard, le document publié par le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF, 2021) offre un cadre conceptuel éclairant. Les normes sociales y sont définies comme des règles perçues, informelles et pour la plupart non écrites, qui définissent les comportements acceptables au sein d'un groupe ou d'une communauté donnée. Apprises et intériorisées dès le plus jeune âge, souvent dès la petite enfance, elles se situent à l'intersection du comportement, des croyances et des attentes sociales. C'est cette articulation qui permet de comprendre pourquoi les stéréotypes associés aux MCV ne procèdent pas d'un simple constat ponctuel : ils s'inscrivent dans une manière de penser profondément co-construite et partagée au sein de la population, qui détermine ce que les individus considèrent comme probable, normal ou préoccupant en matière de santé (UNICEF, 2021).

L'UNICEF (2021) souligne par ailleurs que les normes sociales ne se limitent pas à orienter les comportements individuels : elles participent activement à la production et au maintien de l'ordre social. Lorsqu'elles sont nuisibles, elles peuvent renforcer des dynamiques de pouvoir inégales et conduire à des formes de discrimination et d'inégalités, notamment entre les sexes. Cette dimension a été explicitement évoquée par plusieurs participants et participantes, qui ont mis en lien les stéréotypes cardiovasculaires avec des mécanismes plus larges de marginalisation des femmes dans le système de santé. Elle constitue ainsi un point d'articulation essentiel entre les représentations individuelles et les structures sociales qui les produisent et les perpétuent.

4.1.3. Déterminants sociaux de santé et comportements de santé

Les comportements de santé différenciés entre femmes et hommes ont occupé une place centrale dans les récits de la majorité des participants et participantes. Ces différences ont été abordées tantôt sous l'angle des rôles de genre, tantôt à travers le concept de *caring* : désignant la tendance, socialement construite, des femmes à prioriser la santé de leurs proches au détriment de la leur. Ces observations ont également conduit les participants et participantes à souligner l'importance des déterminants sociaux de santé dans l'élaboration de tout projet de prévention intégrant une perspective de genre.

À cet égard, il convient de dépasser le simple constat d'une différence de comportements entre hommes et femmes pour s'interroger sur ce qui la produit et la reproduit. L'OMS (2025) rappelle que les déterminants sociaux de santé sont eux-mêmes façonnés par des forces structurelles plus larges : politiques publiques, systèmes économiques, normes sociales et politiques

institutionnelles. Parmi ces déterminants, les normes de genre occupent une place particulière. Colineaux et al. (2022) montrent en effet que ces normes orientent les comportements, les préférences et les trajectoires individuelles en valorisant certaines dispositions ou activités en fonction du sexe attribué, contribuant ainsi à produire des régularités différenciées entre hommes et femmes à l'échelle de la population. Intériorisées dès le plus jeune âge, ces normes peuvent perpétuer discrimination et inégalités, par l'acceptation de celles et ceux qui s'y conforment et l'exclusion de celles et ceux qui s'en écartent (UNICEF, 2021).

Pour rendre compte du caractère profondément incorporé de ces normes, le concept d'*habitus* développé par Bourdieu s'avère particulièrement éclairant. Cité par Lecordier (2012), Bourdieu décrit l'*habitus* comme un système de schèmes inconscients ou profondément enfouis, inculqués au cours de la socialisation, qui a pour fonction de « produire des individus dotés de ce système de schèmes inconscients qui constitue leur culture, ou mieux leur *habitus*, bref de transformer leur héritage collectif en inconscient individuel et commun ». En ce sens, les comportements de santé observés chez les femmes comme le fait de prioriser systématiquement la santé de leur famille avant la leur, ne relèvent pas d'un choix individuel libre et délibéré, mais de dispositions incorporées dès l'enfance, qui se perpétuent à travers les rôles familiaux et sociaux, et contribuent à structurer les déterminants sociaux de santé de manière défavorable à la santé des femmes.

4.1.4. Recherche scientifique et formation académique

Répondre à la question de l'intégration du genre dans la prévention des MCV ne peut se faire sans interroger le rôle de la recherche scientifique et de la formation académique. Ces deux dimensions sont apparues, dans les discours de la majorité des participants et participantes, à la fois comme des freins persistants et comme des leviers d'action prioritaires.

Parmi les freins identifiés figure en premier lieu la non-représentation historique des femmes dans les essais cliniques et les études épidémiologiques portant sur les MCV, une réalité bien documentée dans la littérature, qui a conduit à une médecine cardiovasculaire longtemps pensée à partir d'un modèle masculin de référence. Cette lacune dans la production des savoirs contribue directement à l'invisibilisation de la dimension genrée des MCV dans les pratiques de prévention et de prise en charge.

Plus largement, Lechaux et Saitta (2024) pointent une forme d'ignorance institutionnelle qui ne peut être imputée à une seule profession ou à un seul secteur. Comme cela a été montré tout au

long de cette discussion, cette ignorance s'inscrit dans la continuité de l'organisation sociale binaire, des normes sociales, des représentations et des biais qui structurent nos sociétés. Elle se manifeste tantôt comme une méconnaissance sincère du concept de genre et de ses implications en santé, tantôt comme un désintérêt scientifique et professionnel qui conduit à marginaliser des pans entiers du savoir, notamment les approches genrées de la santé cardiovasculaire. Les résultats de cette étude confirment que cette réalité est encore partagée par certains professionnels rencontrés, et qu'elle constitue un obstacle structurel à l'intégration du genre dans les pratiques de prévention.

Face à ce constat, les participants et participantes ont formulé des recommandations concrètes et convergentes, parmi lesquelles l'intégration systématique des questions de genre dans les curricula de formation initiale et continue des professionnels de la santé et du social. Cette proposition traduit la conviction, largement partagée au sein du corpus, que la sensibilisation au genre ne peut reposer sur des démarches individuelles isolées, mais doit faire l'objet d'un engagement institutionnel et académique structuré et durable.

4.1.5. Construction du bagage professionnel des acteurs en prévention primaire et secondaire

La question de clôture posée lors des entretiens semi-directifs et des focus groups : « Selon vous, que faudrait-il améliorer pour mieux intégrer le genre dans les campagnes de prévention des maladies cardiovasculaires ? », a permis d'explorer non seulement les recommandations formulées par les participants et participantes, mais aussi, et surtout, ce qui contribue à la construction de leur bagage professionnel en matière de genre et de santé.

Les résultats mettent en évidence que ce bagage professionnel est loin d'être homogène. Pour certains et certaines, la notion de genre est clairement intégrée, avec une approche intersectionnelle de la prise en charge. Pour d'autres, elle reste floue ou sans ancrage concret dans les pratiques quotidiennes. Pour d'autres encore, la prise en charge repose soit exclusivement sur une médecine sexo-spécifique, qui prend en compte les différences biologiques entre hommes et femmes sans interroger la dimension sociale du genre, soit, à l'inverse, d'une approche genrée qui occulte les spécificités biologiques pourtant pertinentes.

Cette diversité de postures n'est pas le fruit du hasard. Elle s'explique en partie par ce que Colineaux et al. (2022) décrivent comme la participation des individus, de manière plus ou moins consciente, à la reconduction d'un système de normes, sous l'effet de pressions

normatives différenciées selon le sexe attribué. En d'autres termes, les professionnels de santé et du social construisent leur identité professionnelle au sein, et non en dehors des normes sociales et de genre qui structurent la société dans son ensemble. Ils et elles en sont, à des degrés divers, à la fois le produit et les reproductrices ou reproducteurs. Ce constat invite à considérer la formation professionnelle non pas comme un simple outil de transmission de savoirs neutres, mais comme un espace de (re)production ou, lorsqu'elle intègre une perspective de genre, de transformation active des représentations.

4.1.6. Pratiques professionnelles et sociales

Au sommet de la pyramide analytique se trouvent les pratiques professionnelles et sociales des participants et participantes, le niveau le plus visible, mais aussi le plus directement observable de notre analyse. Ces pratiques sont loin d'être uniformes : certains et certaines s'appuient sur des approches d'empowerment ou de participation communautaire pour intégrer le genre dans leurs actions de prévention, d'autres privilégient l'adaptation des messages à des publics spécifiques en tenant compte des réalités de genre, d'autres encore optent pour une standardisation des pratiques, indépendamment des caractéristiques sociales ou genrées des personnes accompagnées.

Ces différences de pratiques ne sont pas dissociables des niveaux inférieurs de la pyramide. Elles découlent directement de la manière dont chaque professionnel ou professionnelle a intériorisé ou non les enjeux liés au genre au cours de sa socialisation, de sa formation et de son parcours professionnel. En ce sens, les pratiques observées sont elles-mêmes socialement coconstruites : elles reflètent, à l'échelle individuelle et institutionnelle, les représentations, les normes et les rapports de pouvoir analysés aux niveaux précédents. Intervenir sur les pratiques sans agir sur leurs déterminants structurels risque donc de produire des effets limités et peu durables, ce qui plaide, une fois encore, pour une approche systémique de l'intégration du genre dans la prévention cardiovasculaire.

4.1.7. Inégalités sociales de santé et genre

La question des inégalités sociales de santé a traversé l'ensemble des entretiens et des focus groups avec une constance remarquable. Elle constitue, dans notre analyse pyramidale, la résultante visible des dynamiques systémiques décrites tout au long de cette discussion. Les participants et participantes ont identifié de nombreuses inégalités structurelles : inégalités dans

l'accès à un emploi valorisant, à un salaire décent, à l'éducation ou encore à des soins de qualité, tout en soulignant la nécessité d'aborder ces inégalités à travers le prisme transversal du genre.

À cet égard, l'approche intersectionnelle apparaît comme un outil analytique incontournable. L'OMS (2018) la définit comme le cadre permettant d'analyser les liens entre le sexe, le genre et les autres déterminants sociaux dans les processus et systèmes de pouvoir, aux niveaux individuel, institutionnel et global, précisant qu'elle découle de l'analyse des spécificités liées au genre et la prolonge. Concrètement, elle permet d'analyser les inégalités de santé à différentes étapes du parcours de vie : exposition aux risques, expression des symptômes, accès aux soins, modalités de prise en charge, mettant ainsi en évidence le caractère systémique et multidimensionnel de ces inégalités.

Une participante a résumé cet enjeu de manière particulièrement juste lors des échanges, en soulignant qu'il s'agit de « concevoir les parcours individuels comme des chemins complexes qui intègrent différents vécus liés à différentes caractéristiques [...] qui dépendent surtout de dominations systémiques [...] puisqu'ils influencent toutes les conditions de vie et le rapport à la société, aux autres, aux systèmes de soins ». Cette formulation illustre avec précision ce que l'analyse intersectionnelle apporte concrètement : la capacité à rendre visible ce qui, sans elle, resterait invisible, notamment les mécanismes de domination qui se renforcent mutuellement et creusent les inégalités de santé.

Dans le prolongement de cette réflexion, il convient de souligner que l'invisibilisation du genre dans l'analyse des situations de santé ne constitue pas une position neutre. Elle représente en elle-même une forme d'inégalité. En effet, le genre transcende l'ensemble des autres déterminants sociaux de santé : il s'inscrit dans chaque dimension de la vie sociale, façonne l'organisation de nos sociétés et conditionne les représentations et les stéréotypes qui orientent les pratiques, comme l'a illustré tout au long de cette recherche l'analyse des MCV. Occulter cette dimension, c'est donc contribuer, même involontairement, à la reproduction des inégalités que les pratiques de prévention sont précisément censées combattre.

Cette aspiration collective à réduire les inégalités sociales de santé, portée avec engagement par les participants et participantes, s'est traduite dans leurs récits par des initiatives concrètes mises en place au sein de leurs institutions, visant à promouvoir une éducation à la santé plus inclusive et plus équitable. Elle rejoint les principes fondamentaux de la Déclaration universelle des droits de l'homme (Organisation des Nations Unies, 1948), qui affirme que chaque être humain est

titulaire de droits inaliénables à la dignité et à la santé, indépendamment de son sexe, de son identité de genre ou de toute autre caractéristique personnelle ou sociale.

4.2. Limites et Pistes d'améliorations

Tout travail de recherche comporte des limites inhérentes à ses choix méthodologiques et à son contexte de réalisation. Les identifier avec rigueur permet non seulement de situer honnêtement la portée des résultats obtenus, mais aussi d'ouvrir des pistes d'amélioration pour de futures recherches. Trois limites principales méritent d'être soulignées ici.

La première limite tient à la composition du terrain d'enquête. L'analyse de la prévention secondaire a été réalisée en interrogeant des participants et participantes exerçant majoritairement au sein de maisons médicales. Or, les pratiques et les représentations liées au genre peuvent varier sensiblement selon les contextes institutionnels. L'inclusion de professionnels travaillant en milieu hospitalier, notamment dans des services de cardiologie ou de médecine interne, aurait vraisemblablement permis d'accéder à une plus grande diversité de points de vue et enrichir l'analyse de la prise en charge secondaire des maladies cardiovasculaires sous un angle genré.

La deuxième limite concerne les modalités de collecte des données. Les deux focus groups ont été réalisés au sein de maisons médicales, des structures dont le fonctionnement repose sur un modèle de prise de décision participatif et collégial. Ce contexte institutionnel spécifique peut avoir eu une double incidence sur les données recueillies : d'une part, il est possible qu'il ait atténué les rapports de pouvoir habituellement présents dans d'autres types d'organisations, favorisant ainsi une expression plus libre ; d'autre part, il n'est pas exclu qu'il ait induit un certain conformisme dans les réponses, les participants et participantes pouvant être amenés à s'aligner sur des positions considérées comme institutionnellement légitimes. Par ailleurs, l'ajout d'une méthode d'observation des pratiques professionnelles aurait constitué un complément méthodologique précieux : elle aurait permis d'accéder à des données non verbalisées des postures, des réflexes professionnels, des implicites, que les entretiens et focus groups ne permettent pas toujours de faire émerger.

La troisième limite porte sur la construction du guide d'entretien. Dans la mesure où la problématisation du sujet s'est appuyée sur un cadre théorique préalablement constitué, on peut

légitimement s'interroger sur le degré d'ouverture exploratoire des questions posées. Une formulation plus inductive de certaines questions aurait peut-être permis de laisser davantage de place aux représentations spontanées des participants et participantes, indépendamment des catégories analytiques construites en amont. Cette tension entre ancrage théorique et ouverture exploratoire est inhérente à toute recherche qualitative de nature compréhensive ; elle invite à lire les résultats avec une humilité épistémologique appropriée, tout en soulignant que la cohérence observée entre le cadre d'analyse mobilisé et les données recueillies atteste de la validité interne de la démarche.

4.3. Perspectives

Les résultats et les limites de cette étude ouvrent un ensemble de perspectives, articulées autour de trois axes complémentaires : les pistes de recherche futures, les implications méthodologiques et les implications pratiques pour le champ de la santé publique.

4.3.1. Pistes de recherche futures

Sur le plan thématique, plusieurs directions de recherche mériteraient d'être explorées. Il serait notamment pertinent d'analyser l'impact des politiques publiques de santé sur les inégalités de genre dans la prise en charge cardiovasculaire, ou encore d'étudier les perceptions et les trajectoires de soins de patientes issues de milieux socio-économiques contrastés, afin d'approfondir la compréhension des normes sociales et des représentations qui orientent leurs comportements de santé. Une ouverture à d'autres identités de genre, au-delà de la bicatégorisation homme/femme, permettrait par ailleurs de faire émerger de nouvelles problématiques liées à la complexité d'une prise en charge ancrée dans des enjeux systémiques encore largement invisibilisés. Enfin, une comparaison des pratiques de dépistage cardiovasculaire selon le genre dans des milieux sociaux défavorisés et favorisés constituerait une piste féconde pour mettre en lumière les effets croisés du genre et des inégalités sociales sur l'accès aux soins.

4.3.2. Perspectives méthodologiques

Sur le plan méthodologique, il serait utile d'envisager des approches complémentaires à celle retenue dans ce mémoire. Le recours à une méthode quantitative ou mixte permettrait d'élargir la portée des résultats et d'envisager des comparaisons entre plusieurs contextes nationaux ou régionaux. Dans une perspective strictement qualitative, une exploration approfondie de la compréhension du genre au prisme des rapports de pouvoir et de domination pourrait être conduite dans d'autres champs pathologiques stéréotypés comme certaines maladies mentales ou

des pathologies chroniques, afin d'évaluer dans quelle mesure les dynamiques observées dans le domaine cardiovasculaire sont généralisables ou spécifiques à ce contexte.

4.3.3. Implications pratiques pour la santé publique

Sur le plan des implications pratiques, les résultats de cette recherche offrent plusieurs points d'appui pour améliorer concrètement l'intégration du genre dans les pratiques professionnelles et institutionnelles. Ils pourraient notamment alimenter des recommandations à destination des soignants et des acteurs de la prévention, des propositions pour adapter les protocoles de prise en charge cardiovasculaire à une approche genrée, ou encore des suggestions pour renforcer l'éducation thérapeutique en milieu intra- et extrahospitalier. À l'échelle des politiques de santé, ce travail plaide pour une intégration systématique du genre dans la conception des programmes de prévention et dans les décisions des acteurs institutionnels, comme levier structurel de réduction des inégalités de santé.

Plus largement, les perspectives issues de ce mémoire s'inscrivent dans un mouvement collectif et croissant en faveur d'une santé publique plus équitable et plus inclusive. Elles constituent une invitation à poursuivre la réflexion et la recherche, en considérant que l'amélioration des pratiques de santé est non seulement un impératif scientifique, mais aussi un engagement éthique au service de la dignité et du bien-être de chaque personne, quels que soient son identité de genre, son parcours de vie et son contexte social.

5. Conclusions

Ce mémoire avait pour ambition d'explorer comment le concept de genre est pris en compte par les actrices et acteurs des campagnes de prévention primaire et secondaire des maladies cardiovasculaires en Fédération Wallonie-Bruxelles. Les résultats de cette recherche qualitative mettent en évidence une réalité contrastée : si certains professionnels rencontrés témoignent d'une sensibilité réelle à la dimension genrée de la santé cardiovasculaire, intégrée à leurs pratiques de prévention, d'autres, partie non négligeable, continue d'aborder les maladies cardiovasculaires sans mobiliser explicitement le concept de genre, ou en le réduisant à une simple distinction biologique entre hommes et femmes.

Cette hétérogénéité ne relève pas d'un simple manque de connaissances individuelles, elle révèle des enjeux systémiques profonds, qui traversent à la fois les formations académiques, les cultures professionnelles, les politiques institutionnelles et l'organisation binaire de nos sociétés. Le genre, loin d'être une variable secondaire ou facultative, s'impose comme un déterminant social de la santé à part entière : transversal, dynamique et indissociable des autres dimensions de la vie sociale. Ignorer sa prise en compte dans les stratégies de prévention cardiovasculaire revient à perpétuer des inégalités de santé qui touchent en premier lieu les femmes, dont les symptômes, les facteurs de risque et les trajectoires de soins restent encore trop souvent méconnus ou invisibilisés.

L'analyse menée dans ce travail souligne également la richesse et la complexité du concept de genre lui-même. Notion polysémique par excellence, le genre traverse les époques, les disciplines et les contextes culturels. Il se situe au carrefour des sciences médicales, biomédicales et sociales comme la sociologie, la psychologie, ou l'anthropologie qui, chacune à leur manière, contribue à en éclairer les différentes dimensions. C'est précisément cette position interdisciplinaire qui confère au genre sa valeur analytique particulière dans le champ de la santé publique : il permet de relier les réalités biologiques aux constructions sociales, aux trajectoires individuelles aux structures collectives.

À cet égard, l'approche intersectionnelle apparaît comme un outil indispensable pour toute démarche de prévention véritablement inclusive. En permettant d'analyser simultanément les effets combinés du genre, de la classe sociale, de l'origine, de l'âge ou encore du statut migratoire sur la santé des personnes, elle offre un cadre d'analyse capable de rendre visibles

les mécanismes de domination qui structurent les inégalités de santé ; et par extension, les inégalités cardiovasculaires. Mobiliser l'intersectionnalité dans la conception des campagnes de prévention, c'est reconnaître que les parcours de santé sont pluriels, complexes et situés, et que des réponses universelles et standardisées ne peuvent suffire à réduire les inégalités existantes.

En définitive, ce mémoire s'inscrit dans un appel plus large à repenser les pratiques de santé publique à l'aune du genre et de ses implications sociales. Les pistes d'amélioration identifiées : formation initiale et continue des professionnels, intégration du genre dans les politiques publiques de santé, financement de recherches intégrant une approche genrée et intersectionnelle, ... témoignent d'un besoin de transformation structurelle qui dépasse le seul champ de la prévention cardiovasculaire. Il s'agit, plus fondamentalement, de défendre le droit de chaque personne à une prise en charge adaptée à la singularité de son parcours de vie, conformément aux principes universels de dignité et d'équité en santé proclamés par la Déclaration universelle des droits de l'homme (Organisation des Nations Unies, 1948). C'est à cette condition que la prévention pourra devenir, non plus un outil standardisé, mais un véritable levier d'équité au service de la santé des populations.

6. Bibliographie

Académie nationale de Médecine. (2025). L'inégalité de prise en charge de l'infarctus du myocarde chez les femmes en France. <https://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2025/02/25.1.14-Rapport-Infarctus-myocarde-Femme-APRES-VOTE.pdf>

Al Hamid, A., Beckett, R., Wilson, M., Jalal, Z., Cheema, E., Al-Jumeily Obe, D., Coombs, T., Ralebitso-Senior, K., & Assi, S. (2024). Biais de genre dans le diagnostic, la prévention et le traitement des maladies cardiovasculaires : une revue systématique. *Cureus*, 16(2), e54264. <https://doi.org/10.7759/cureus.54264>

Aujoulat, I. (2024). Introduction aux méthodes qualitatives en santé publique. [Cours en ligne imprimés].

Bajos, N. (2019). Préface. Le genre de la santé. La promotion de la santé au prisme du genre. Guide théorique et pratique : Guide théorique et pratique (p. 3-6). Presses de l'EHESP. <https://stm.cairn.info/la-promotion-de-la-sante-au-prisme-du-genre--9782810907717-page-3?lang=fr>.

Baribeau, C. & Royer, C. (2012). L'entretien individuel en recherche qualitative : usages et modes de présentation dans la Revue des sciences de l'éducation. *Revue des sciences de l'éducation*, 38(1), 23–45. <https://doi.org/10.7202/1016748ar>

Barus-Michel, J. et Molinier, P. (2014). Introduction. Nouvelle revue de psychosociologie, 17(1), 7-15. <https://doi.org/10.3917/nrp.017.0007>.

Beauvoir, S. de. (1949). *Le deuxième sexe* (extrait). Lelivrescolaire.fr. <https://www.lelivrescolaire.fr/page/6095403>

Calvez, M. (2010). Pour une approche constructiviste des risques de santé. <https://shs.hal.science/halshs-00483358v1/file/CalvezRisquesAISLF2005.pdf>

Colineaux, H., Soulier, A., Lepage, B. *et al.* (2022). Considérer le sexe et le genre en épidémiologie : un défi au-delà de la terminologie. De l'analyse conceptuelle aux stratégies méthodologiques. *Biol Sex Diff* 13, 23 <https://doi.org/10.1186/s13293-022-00430-6>

Côté, L. et Turgeon, J. (2002). Comment lire de façon critique les articles de recherche qualitative en médecine. <https://www.pedagogie-medecine.org/articles/pmed/pdf/2002/02/pmed20023p81.pdf>

Durkheim É. (1895). Les règles de la méthode sociologique. Bibliothèque de philosophie contemporaine. Germer Baillière. <https://books.openedition.org/pumi/4088>

Fassin, É. (2025). Chapitre II. Genre et sexe. Les Études de genre (p. 25-41). Presses Universitaires de France. <https://shs.cairn.info/les-etudes-de-genre--9782130732617-page-25?lang=fr>.

Fassin, É. (2025). Introduction. Démocratie sexuelle. Les Études de genre (p. 3-10). Presses Universitaires de France. <https://shs.cairn.info/les-etudes-de-genre--9782130732617-page-3?lang=fr>.

Fédération de recherche sur le genre. « Présentation ». Université Paris 8. <http://www2.univ-paris8.fr/RING/spip.php?rubrique17>

Fonds des Nations Unies pour l'enfance. (2021, octobre). Définition des normes sociales et des concepts connexes. <https://www.unicef.org/cameroon/fr/media/1291/file/Social-norms-definitions-French.pdf.pdf>

Frank, E., Mühlhaus, R., Mustelin, K.M. *et al.* (2024). Une revue systématique de la littérature de genre évaluée par des pairs en science de la durabilité. *Sustain Sci* **19**, 1459–1480. <https://doi.org/10.1007/s11625-024-01514-5>

Haut conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes. (2020, 04 novembre). Prendre en compte le sexe et le genre pour mieux soigner : un enjeu de santé publique. https://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/sites/hce/files/files-spip/pdf/rapport_sexe_genre_soigner-v9-2.pdf

Institut Scientifique Belge de Santé Publique. (S.d.). Inégalité de santé. <https://www.sciensano.be/fr/sujets-sante/inegalite-de-sante>

Jewell, C. (2026). Méthodes avancées approche qualitative : La posture de la personne chercheuse en recherche qualitative. [Cours en ligne imprimés].

Kuhn, T. (1970). The structure of scientific revolutions. https://www.researchgate.net/publication/305296586_The_structure_of_scientific_revolution Thomas S Kuhn 1970 2nd ed Chicago London University of Chicago Press Ltd 210 pages

La revue du praticien. (2019). Inégalités de santé selon le sexe pour les maladies cardiovasculaires. <https://www.larevuedupraticien.fr/article/inegalites-de-sante-selon-le-sexe-pour-les-maladies-cardiovasculaires>

Lecordier, D. (2012). Habitus. Dans M. Formarier et L. Jovic Les concepts en sciences infirmières : 2ème édition (p. 199-201). Association de Recherche en Soins Infirmiers. <https://doi.org/10.3917/arsi.forma.2012.01.0199>.

Lechaux, B. et Saitta, E. (2024). L'ignorance de genre en santé : exhumer des savoirs que l'on ignore (encore) Commentaire. *Sciences sociales et santé*, 42(2), 61-74. <https://doi.org/10.1684/ss.2024.0276>.

Ligue Cardiologique Belge. (2022, juin). Journal cœur et artère : le syndrome de yentl ou la cardiologie est-elle de sexe masculin ? https://liguecardioliga.be/wp-content/uploads/2022/07/LC_Newsletter_FR_juin22-site.pdf

Ligue Cardiologique Belge. (S.d.). Maladies cardiovasculaires chez les femmes. <https://liguecardioliga.be/maladies-cardiovasculaires-chez-les-femmes/>

López Ferreruela, I., Obón Azuara, B., Malo Fumanal, S. *et al.* (2024). Inégalités de genre dans la prévention secondaire des maladies cardiovasculaires : une revue d'analyse. *Int J Equity Health* **23**, 146. <https://doi.org/10.1186/s12939-024-02230-3>

Loute, A. (2025). Médecine santé et genre. [Cours en ligne imprimés].

Löwy, I. et Rouch, H. (2003). Genèse et développement du genre : les sciences et les origines de la distinction entre sexe et genre. *Cahiers du Genre*, 34(1), 5-16. <https://doi.org/10.3917/cdge.034.0005>.

Marché du travail et genre. « Qui sommes-nous ? » Université Paris Cité. <https://mage.u-paris.fr>

Organisation des Nations Unies. (1948). Déclaration universelle des droits de l'homme. <https://www.un.org/fr/about-us/universal-declaration-of-human-rights>

Office Belge de Statistique. (2025, 28 janvier). Les maladies circulatoires et les tumeurs expliquent près de la moitié des décès survenus en 2022. <https://statbel.fgov.be/fr/nouvelles/les-maladies-circulatoires-et-les-tumeurs-expliquent-pres-de-la-moitie-des-deces-survenus>

Organisation mondiale de la santé Europe. (2024, 15 mai). Maladies cardiovasculaires. <https://www.who.int/europe/fr/news/item/15-05-2024-cardiovascular-diseases-kill-10-000-people-in-the-who-european-region-every-day--with-men-dying-more-frequently-than-women>

Organisation mondiale de la santé. (2018). Genre et santé. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/gender>

Organisation Mondiale de la Santé. (2025, 31 juillet). Maladies cardiovasculaires. [https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))

Parlement wallon. (2014). *Décret du 11 avril 2014 visant à la mise en œuvre des résolutions de la Conférence des Nations unies sur les femmes à Pékin de septembre 1995 et intégrant la dimension du genre dans l'ensemble des politiques régionales*. WALLEX. <https://wallex.wallonie.be/eli/loi-decret/2014/04/11/2014203532/2014/05/26?doc=28077&rev=29454-19686>

Réseau Belge des études de genre. (S.d.). Gender studies : a state of the art. <https://sophia.be/>
Runnels, V., Tudiver, S., Doull, M. *et al.* (2014). The challenges of including sex/gender analysis in systematic reviews : a qualitative survey. *Syst Rev* **3**, 33 <https://doi.org/10.1186/2046-4053-3-33>

Saintôt, B. (2019). Qu'est-ce que le genre ? Petit précis d'une notion large. *Revue Projet*, 368(1), 13-20. <https://doi.org/10.3917/pro.368.0013>.

Service public de Wallonie – Action sociale. (S. d.). *Égalité des chances*. <https://actionsociale.wallonie.be/home/thematiques/egalite-des-chances.html>

Slater, K., Colyvas, K., Taylor, R., Collins, C. E., & Hutchesson, M. (2022). Interventions primaires et secondaires de prévention des maladies cardiovasculaires ciblant les facteurs de risque liés au mode de vie chez les femmes : une revue systématique et une méta-

LOUVAIN-LA-NEUVE | **BRUXELLES** | MONS | TOURNAI | CHARLEROI | NAMUR

Clos Chapelle-aux-champs, 30 bte B1.30.02, 1200 Woluwe-Saint-Lambert, Belgique | www.uclouvain.be/fsp