

TEXTE D'ANALYSE  
N°25/2024

PUBLICATION SUR SITE  
WEB : DECEMBRE 2023

AUTRICE :  
CHARLINE MARBAIX

# L'URGENCE DU GENRE, COMMENT LE GENRE SE TRADUIT DANS UN SERVICE D'URGENCES MÉDICALES

## Introduction

Le genre est un « système social de différenciation et de hiérarchisation qui crée les catégories de sexes comme éléments structurant des sociétés humaines »<sup>1</sup>. Du 28 mars au 03 avril 2022, j'ai observé de quelle façon ce système se traduit dans les consultations de tri d'un service d'urgences médicales. Ces consultations sont dédiées aux urgences pouvant attendre plus de 6 heures avant d'être prises en charge. Elles durent au maximum 5 minutes et concernent souvent des pathologies orthopédiques comme des fractures ou des entorses.

La méthode de cette recherche est inductive : à partir des données recueillies sur le terrain se construit mon analyse. Mon point de vue situé favorise des biais d'attention : je suis une femme cisgenre blanche issue de la classe moyenne supérieure, exerçant le métier de médecin généraliste. Cette posture sociale et l'intégration de stéréotypes culturels influencent ma perception de la réalité et les faits retenus. Je m'inscris ainsi dans une démarche d'objectivité forte, telle que Sandra Harding la propose, consciente que ma recherche est couverte de mes « empreintes digitales »<sup>2</sup>. Même si je suis très rarement sollicitée lors des consultations, mon observation est participante car ma présence sur le terrain influence les interactions entre le personnel soignant et la patientèle.

Les résultats de ce travail abordent deux cultures qui impactent les soins : la culture médicale urgentiste et la culture du genre.

### La culture médicale urgentiste

La représentation<sup>3</sup> du personnel soignant urgentiste comprend plusieurs points qui s'accordent avec la culture capitaliste et le prestige accordé aux médecins dans notre société. Le décor minimaliste et hygiéniste, les appareillages techniques, les compétences et la rapidité des professionnel·les engendrent une « aura de l'urgentiste ». Celle ou celui-ci serait toujours pressé·e, débordé·e et la patientèle, comme le reste de l'équipe médicale, s'accorde sur le fait qu'iel ne doit être dérangé·e que pour une bonne raison. La performance, l'endurance physique et émotionnelle sont valorisées au sein de l'équipe. Les urgentistes ne sont, pour la plupart, pas intéressé·es par le tri qui est considéré comme de la « bobologie ». Le désintérêt, les consultations courtes et l'assignation d'un·e seul·e médecin au tri favorisent une déshumanisation de la patientèle et une application de stéréotypes.

Les postulats scientifiques du modèle biomédical théorisés par Freund et McGuire tels que le « corps-machine »<sup>4</sup> et la « dualité corps-esprit »<sup>5</sup> favorisent une distanciation par rapport à la patientèle et une focalisation sur le corps. Cela est notamment perçu dans le « traitement de l'absent »<sup>6</sup> : en coulisses, la patientèle est souvent nommée par le nom de sa pathologie (le genou, la cheville, etc.). Mais d'autres noms reflètent et reproduisent des discriminations comme « la petite mamy » ou « l'hystérique dans la salle d'attente ». L'âgisme se manifeste très brutalement par le « statut de non-personne »<sup>7</sup> des personnes très âgées dans le milieu des urgences. Celles-ci ne sont quasiment pas convoquées aux discussions concernant leur santé malgré leur présence physique.

Selon les urgentistes, il existe « des gens qui font comme il faut », qui se présentent au bon moment, au bon endroit et de la bonne manière aux urgences. Ce concept de « malade réussi·e » est intégré par la patientèle et par le personnel soignant. « L'asymétrie fonctionnelle »<sup>8</sup> de la relation thérapeutique favorise le fait que beaucoup de patient·es ne se sentent pas légitimes d'être là et

s'excusent de venir « déranger » les urgences. Les critères de réussite du ou de la malade sont culturellement situés et varient aussi en fonction des catégories sociales de la patientèle.

### La culture du genre

Les hiérarchies sociales, dont le système genre, se reflète dans le service hospitalier. Les stéréotypes de genre et les préjugés sexistes<sup>9</sup> sont omniprésents, verbalisés par le corps médical, la patientèle et les accompagnant-es.

La masculinité hégémonique est particulièrement visible dans les discours. La prise de risque des garçons, la banalisation de la violence et la tolérance à la douleur des hommes sont verbalisées à de très nombreuses reprises. Par exemple :

- « *Après trois garçons, on a l'habitude* » (un père, ayant l'habitude de venir aux urgences pour les fractures de ses fils).
- « *Je tiens la douleur, je suis un bonhomme* » (un patient ayant une luxation de l'épaule)
- « *J'étais un peu énervé* » (un patient ayant une fracture du métacarpe auto infligée)
- « *Ah, je pensais que quelqu'un t'avait frappé le visage* » (un médecin, étonné que la fracture du nez d'un patient soit due à une chute)

Les préjugés sexistes sont parfois imprégnés de déterminisme biologique, même de la part de médecins, justifiant des rôles genrés au sein de l'équipe médicale.

- « *Les femmes ont quand même un caractère différent des hommes, puis elles ont une double priorité avec les enfants. Forcément les hommes n'ont pas de grossesse* » (un médecin, m'expliquant pourquoi les femmes médecins font moins d'heures que les hommes médecins dans le service).
- « *Les femmes sont trop empathiques et prennent trop de temps au tri* » (deux médecins)

La socialisation genrée est constatée dans les postures et les prises d'espace des accompagnant·es ainsi que dans l'expression genrée de la douleur des patient·es. En effet, les accompagnantes ont tendance à se positionner en périphérie de la cabine de consultation tandis que des accompagnants sont à l'aise de rester au centre de celle-ci, prenant alors plus d'espace. Les patientes ont tendance à s'excuser d'avoir crié si l'examen clinique est douloureux tandis que les cris et les jurons de patients douloureux ne sont ni restreints, ni jugés, ni réprimandés (aucune femme ou fille n'a juré durant toute mon observation). Les femmes médecins semblent plus empathiques que leurs collègues masculins, principalement dans leurs gestes.

Les ségrégations professionnelles horizontale et verticale se retrouvent dans l'équipe médicale : le chef de service est un homme, la majorité du personnel infirmier sont des femmes et je n'ai croisé que des techniciennes de surface durant mon observation. Le fait que la grande majorité des accompagnant·es soient des femmes est révélateur de la division sexuée du travail domestique et du travail de soins profanes<sup>10</sup>. Cette division sexuée du travail et la non-reconnaissance du travail domestique dans notre société engendre des trajets de soins différents entre les hommes et les femmes. En effet, il n'existe pas de certificat d'incapacité pour le travail domestique.

La différence de pathologies entre les patients et les patientes reflète la ségrégation horizontale des métiers. Par exemple, un homme présente une fracture dûe à une chute d'un échafaudage sur un chantier, tandis qu'une femme a un doigt coupé par un mixeur de cuisine. La performance de la masculinité hégémonique engendre également certaines pathologies: seuls des hommes présentent des fractures du métacarpe auto-infligées après avoir frappé dans un objet.

Les soins différenciés découlent de l'application de stéréotypes, notamment de genre, par le personnel soignant. Ce stéréotypage est favorisé dans un contexte d'urgence ou toute interaction est courte et rapide. La différenciation dans les soins est parfois médicalement utile<sup>11</sup> mais elle risque toujours d'homogénéiser la patientèle en fonction des catégories sociales auxquelles elle

appartient. Cette différenciation peut aussi mener à des inégalités dans les soins de santé si elle s'appuie sur des préjugés sexistes<sup>12</sup>. C'est notamment le cas du double standard concernant la douleur qui mène à l'administration plus fréquente d'antalgiques plus dosés aux hommes qu'aux femmes, et ce pour un même symptôme. La différenciation utile s'appuie sur des raccourcis mentaux créés par une accumulation de connaissances biomédicales. Mais le système genre influence aussi les connaissances médicales, désavantageant notamment les femmes et les minorités de genre.

### Conclusion

Le service hospitalier observé est un miroir reflétant les inégalités sociales de genre présentes dans la société. L'expérience sociale, la socialisation genrée, les stéréotypes de genre et les préjugés sexistes façonnent les corps et influencent les parcours de soins. Comme l'institution médicale détient un pouvoir symbolique conséquent, ses actes et ses discours peuvent consolider des rapports de domination au sein de la société. Il est important que les soignant·es perçoivent leurs positions sociales (celle de leur métier et celle de leur personne), c'est-à-dire le prisme individuel qui construit leur perception de la réalité et qui impacte leur prise en charge. Les sciences sociales doivent être prises en compte dans les formations médicales afin de mettre en lumière le prisme collectif des connaissances biomédicales.

## NOTES

<sup>1</sup> LE FEUVRE, N., « 3. La féminisation de la profession médicale : voie de recomposition ou de transformation du « genre » ? », dans Pierre Aïach (éd.), *Femmes et hommes dans le champ de la santé: Approches sociologiques*, Rennes, Presses de l'EHESP, 2001, p. 201.

<sup>2</sup> Harding, S., « Rethinking standpoint : What is “strong objectivity?” », *The Centennial Review*, vol. 36, n°3, 1992, p. 445.

<sup>3</sup> Une représentation est « la totalité de l'activité d'un acteur qui se déroule dans un laps de temps caractérisé par la présence continue de l'acteur en face d'un ensemble déterminé d'observateurs influencés par cette activité ». Dans Goffman, E., *La mise en scène de la vie quotidienne*, Paris, Les Éditions de Minuit, 1973.

<sup>4</sup> Le « corps machine » est un concept favorisant une vision du corps comme des pièces détachées les unes des autres. Voir Freund, P., McGuire, M., « The social construction of medical knowledge », *Health Illness and the social body, a critical sociology*, Englewoods Cliff : Prentice Hall, vol. 9, 1991, p. 203-229.

<sup>5</sup> Le postulat de la « dualité corps-esprit » est la conception d'un esprit « hors corps » et la croyance qu'on peut agir sur le corps sans affecter l'esprit et vice versa (Freund, 1991 : 220).

<sup>6</sup> Ce traitement a lieu lorsque, en coulisses, les acteur·ice·s « dénigrent en général le public d'une façon qui contredit le traitement qu'ils lui accordent en face à face » (Goffman, 1973 : 163).

<sup>7</sup> Personnes « présentes durant l'interaction, mais à certains égards [qui] n'assument ni le rôle d'acteur ni le rôle de public » (Goffman, 1973 : 146).

<sup>8</sup> L'asymétrie fonctionnelle est le fait que le/la médecin détient un savoir que la patientèle n'a pas et dont elle dépend. Dans Winckler, M., *Les Brutes en blanc*, Paris, Flammarion, 2016, p. 277.

<sup>9</sup> Les auteur·ice·s consulté·es n'ayant pas toujours les mêmes définitions, j'utilise dans ce travail la définition selon laquelle les stéréotypes de genre sont des généralités basées sur des faits. Les préjugés sexistes, eux, sont des croyances, des jugements qui ne se basent pas sur des faits.

<sup>10</sup> Aussi appelé travail domestique de santé, le travail de soins profanes est tout ce qu'il y a en dehors de la consultation médicale: décision de consulter ou non, traitement de symptômes sans aller consulter, application des traitements prescrits, surveillance à domicile. Voir Cresson, G., « Les soins profanes et la division du travail entre hommes et femmes », dans Pierre Aïach (éd.), *Femmes et hommes dans le champ de la santé: Approches sociologiques*, Rennes, Presses de l'EHESP, 2001, p. 303-328.

<sup>11</sup> Par exemple, la majorité des personnes ayant une expression de genre féminine ont des trompes utérines. C'est un stéréotype utile au diagnostic différentiel de douleur abdominale en situation d'urgence.

<sup>12</sup> Clair, C., Cornuz, J., Bart, P., Schwarz, J., « Médecine et genre : quels enjeux pour la pratique ? », *Revue Médicale Suisse*, vol.4, n°625, 2018, p. 1951-1954.

## BIBLIOGRAPHIE :

Cornuz, J., Bart, P., Schwarz, J., « Médecine et genre : quels enjeux pour la pratique ? », *Revue Médicale Suisse*, vol.4, n°625, 2018, p. 1951–1954.

Cresson, G., « Les soins profanes et la division du travail entre hommes et femmes », dans Pierre Aïach (éd.), *Femmes et hommes dans le champ de la santé: Approches sociologiques*, Rennes, Presses de l'EHESP, 2001, p. 303-328.

Freund, P., McGuire, M., « The social construction of medical knowledge », *Health Illness and the social body, a critical sociology*, Englewoods Cliff : Prentice Hall, vol. 9, 1991, p. 203-229.

Goffman, E., *La mise en scène de la vie quotidienne*, Paris, Les Éditions de Minuit, 1973.

Le Feuvre, N., « 3. La féminisation de la profession médicale : voie de recomposition ou de transformation du « genre » ? », dans Pierre Aïach (éd.), *Femmes et hommes dans le champ de la santé: Approches sociologiques*, Rennes, Presses de l'EHESP, 2001, p. 201.

Harding, S., « Rethinking standpoint : What is “strong objectivity?” », *The Centennial Review*, vol. 36, n°3, 1992, p. 445.

Winckler, M., *Les Brutes en blanc*, Paris, Flammarion, 2016, p. 277.