

« Patientes » : un abécédaire conçu comme un parcours de santé féministe

Dans son essai illustré par Diglee, l'historienne Muriel Salle ausculte les inégalités de traitements entre hommes et femmes. « AVC », « Cerveau », « Migraine », « Poids »... le livre est conçu comme un outil pour aider les femmes à se réapproprier leur santé.

■ Article réservé aux abonnés



Les statistiques montrent que les femmes vivent plus longtemps mais passent une plus grande partie de ces années en mauvaise santé. L'historienne Muriel Salle estime qu'il y a une « normalisation de la souffrance féminine ». - Michel Tonneau.



Entretien - Journaliste au pôle Société

Par **Anne-Sophie Leurquin** ([/2935/dpi-authors/anne-sophie-leurquin](#))

Publié le 23/09/2026 à 16:48 | Temps de lecture: 1 min 🕒

Il est temps que les femmes ne soient plus seulement des patientes qui subissent, mais qu'elles deviennent des actrices de leur santé. » Avec son essai illustré *Patientes*, Muriel Salle, historienne et maîtresse de conférences de l'Université Claude Bernard Lyon 1, propose un regard critique sur les savoirs médicaux qui restent trop fortement genrés.

Comme elle le signale d'emblée, n'étant pas médecin mais spécialiste de l'histoire des femmes, elle invite à « explorer les potentialités révolutionnaires des savoirs » au travers d'un abécédaire illustré par l'autrice féministe Diglee. D'« accouchement » à « zygomatiques », cette somme accessible et richement documentée démonte les clichés, comme les oublis et les impensés de la santé féminine.



Spécialiste d'histoire des femmes,
Muriel Salle travaille sur les discours
médicaux. - DR

Comment cela se fait-il que la médecine ait si longtemps négligé la spécificité du corps des femmes ?

L'androcentrisme tient à une question simple : qui produit le savoir et qui définit les pratiques en médecine ? Historiquement, les femmes ont été exclues des études de médecine. En France, il faut attendre Madeleine Brès, au XIX^e siècle, pour avoir la première femme diplômée. On observe aussi une appropriation progressive des pratiques de soins par les hommes, les sages-femmes ayant notamment été peu à peu marginalisées au profit des gynécologues. Cela explique qu'on ait porté un regard partiel, mais aussi partial, sur les femmes. On a projeté un imaginaire sur ce qu'elles sont ou devraient être. Il est cependant

crucial de souligner la difficulté à définir précisément ce dont il retourne quand on parle de femmes et, par conséquent, d'hommes. Mon point de vue est qu'on ne peut faire l'économie ni du sexe, car il y a des réalités anatomiques indéniables, ni du genre. Il faut réussir à tenir ensemble ces deux aspects pour apporter des réponses au plus près des besoins de soins des personnes. Par ailleurs, la différence de sexe n'est pas le seul déterminant des inégalités en santé : l'âge, l'origine ou encore la classe sociale jouent également.

Cet androcentrisme se traduit jusque dans les essais cliniques où les femmes restent sous-représentées. Vous mentionnez aussi les Etats-Unis où les mots « genre » et « sexe » sont désormais bannis de la recherche scientifique...

C'est un appel à la vigilance. Ces réflexions sur le sexe et le genre en santé peuvent parfois être perçues comme reposant sur des postures militantes, voire idéologiques. Cette perception les fragilise face aux évolutions politiques actuelles. Or, si on installe l'idée que derrière ces enjeux se trouvent des questions d'ordre épistémologique – c'est-à-dire que la science se fabrique dans un contexte précis –, alors on déplace le débat. Ce contexte a des conséquences sur les questions que l'on pose, celles que l'on ne pose pas et les réponses que l'on formule ou non.

Les professionnels de santé produisent malgré eux des soins biaisés. Concrètement, que faudrait-il changer dans leur formation ?

La question à poser est : « A quel moment, au cours de leurs études, les professionnels de santé s'entendent-ils dire qu'il faut être attentif aux différents profils des personnes qu'on prend en charge, au risque de porter un regard biaisé et de proposer des soins inégaux, voire discriminants ? » Il est difficile de faire une place à cette dimension critique des savoirs – au meilleur sens du terme – dans leur formation. C'est peut-être le rôle des sciences humaines que de les amener à réfléchir aux savoirs qu'ils utilisent et à comment se situer par rapport à eux. C'est ce que je propose à mes étudiants à l'université.

”

Historiquement les femmes ont été exclues des

Historiquement, les femmes ont été exclues des études de médecine. En France, il faut attendre Madeleine Brès, au XIX^e siècle, pour avoir la première femme diplômée

Les statistiques montrent que les femmes vivent plus longtemps mais passent une plus grande partie de ces années en mauvaise santé. Comment l'expliquer ?

Notamment par l'acceptation de nombreux « petits maux » invalidants, comme l'incontinence urinaire. Une femme sur deux y sera confrontée au cours de sa vie. Pourtant, seulement 10 % de ces problématiques font l'objet d'une consultation. C'est un symptôme de cette normalisation de la souffrance féminine. Il y a aussi de nombreuses situations pour lesquelles il n'existe tout simplement pas de solution, même pour des problèmes aigus. J'ai une de mes amies, par exemple, qui est en pleine périménopause en ce moment. Elle a des règles extrêmement hémorragiques. Son médecin lui a dit la semaine dernière : « Désolé, je ne peux vous faire aucune proposition. Auparavant, je vous aurais prescrit une pilule dosée qui aurait pu supprimer vos règles et vous aurait permis de vivre cette période plus confortablement. Mais elle a été retirée du marché pour des raisons de dangerosité. » C'est une décision parfaitement audible, mais aucune autre proposition thérapeutique n'est venue la remplacer.

L'endométriose est un autre exemple de ce que vous décrivez...

Absolument. Comme pour beaucoup de problématiques de santé féminines, le parcours est semé d'embûches. Il y a plusieurs étapes : premièrement, il faut oser en parler à son médecin, ce qui est un premier pas à franchir. Deuxièmement, il faut que le médecin entende votre plainte et la considère comme crédible, qu'il accorde de l'importance à ce que vous lui dites. Et troisièmement, même quand ces deux conditions sont réunies, la question demeure : a-t-il une proposition thérapeutique à nous faire ?

Cela rejoint la problématique de la douleur. Est-il démontré que, à pathologie comparable, la douleur des femmes n'est pas prise en compte de la même manière que celle des hommes ?

de la même manière que celle des hommes :

Oui, c'est très largement documenté. L'ombre de l'hystérie plane encore. La fibromyalgie, qui se caractérise par des douleurs diffuses persistantes sans lésions physiques, a ainsi longtemps été considérée comme une « maladie de bonne femme ». C'est plus généralement la question des affections psychosomatiques qu'il faut se poser. Environ 38 % des femmes en font l'expérience au cours de leur vie (et 26 % des hommes). En fait, la douleur, c'est objectivable à certains égards. Et en même temps, on sait bien qu'il y a une dimension culturelle dans le fait de s'autoriser ou pas à déclarer sa douleur. Par exemple, chez les témoins de Jéhovah, les femmes doivent accoucher sans faire le moindre bruit.



Muriel Salle, « Patientes – Histoire(s) de la médecine, du corps et de la santé des femmes », La ville brûle, 342 pages, 30 euros.

« Le cœur des femmes » : une campagne pour sensibiliser aux risques cardiovasculaires féminins trop méconnus

En Belgique, les maladies cardiovasculaires tuent près de 14.000 femmes par an, soit six fois plus que le cancer du sein. La Ligue cardiologique belge lance une campagne pour mieux faire connaître les symptômes féminins de l'infarctus.



Pour la Ligue, cette méconnaissance s'explique notamment par des décennies de recherche médicale principalement fondée sur le corps masculin. - Michel Tonneau.



Par **Anne-Sophie Leurquin** (</2935/dpi-authors/anne-sophie-leurquin>).

Publié le 23/09/2026 à 16:51 | Temps de lecture: 1 min

Chaque année, près de 14.000 femmes meurent d'une maladie cardiovasculaire en Belgique. Soit près de six fois plus que du cancer du sein. C'est la première cause de mortalité des femmes. Et pourtant, seule une personne sur quatre le sait, selon une enquête réalisée par iVOX auprès de 1.021 Belges à la demande de la Ligue cardiologique belge (LCB).

Pour la Ligue, cette méconnaissance s'explique notamment par des décennies de recherche médicale principalement fondée sur le corps masculin. Or, si le cœur féminin fonctionne de la même manière que celui des hommes, il est en moyenne plus petit et ses artères sont plus fines. Ces différences anatomiques peuvent modifier l'exposition à certains facteurs de risque et la manière dont les maladies se manifestent.

Les symptômes d'un infarctus peuvent eux aussi être moins typiques chez les femmes. Fatigue intense, essoufflement, nausées, vertiges ou douleurs à la mâchoire et au cou peuvent apparaître davantage que la classique douleur thoracique oppressante. Des signes encore trop souvent attribués au stress, à l'anxiété ou au surmenage, ce qui peut retarder le diagnostic et le traitement.

Les maladies cardiovasculaires concernent une femme sur trois

« Une fois encore, il semble que l'androcentrisme des savoirs médicaux, ainsi que la façon dont est pensé le corps des femmes, y soit pour quelque chose », écrit Muriel Salle dans l'entrée « cœur » de *Patientes*, son abécédaire paru aux éditions La ville brûle. « Les maladies cardiovasculaires sont d'abord étudiées sur des cohortes masculines et c'est une image masculine du patient-type qui s'installe alors dans les esprits. Un monsieur un peu âgé, bedonnant, avec une douleur à la poitrine ? Voilà qui sent l'infarctus. C'est un homme pressé, un homme stressé. Et puis, le surpoids, les mauvaises habitudes font le reste. Les femmes ne semblent pas taillées pour le rôle. Quand elles consultent parce qu'elles se sentent opprimées, on leur prescrit plus volontiers des anxiolytiques en leur recommandant de "lâcher prise". La bonne blague (...). Les messages de santé publique sont parfois à des kilomètres de la réalité vécue par les patientes ordinaires. »

À lire aussi | [Quel âge a votre cœur ? La réponse avec un test de la Ligue cardiologique belge \(https://www.lesoir.be/539274/article/2023-09-25/quel-age-votre-coeur-la-reponse-avec-un-test-de-la-ligue-cardiologique-belge\)](https://www.lesoir.be/539274/article/2023-09-25/quel-age-votre-coeur-la-reponse-avec-un-test-de-la-ligue-cardiologique-belge)

Le risque cardiovasculaire évolue également avec l'âge. Jusqu'à la ménopause, les œstrogènes exercent un effet protecteur partiel sur les vaisseaux sanguins et le cholestérol, même s'il existe certains facteurs de risque (comme certains contraceptifs hormonaux ou des complications de grossesse comme la pré/post-éclampsie ou le diabète gestationnel). Après la ménopause, cette protection diminue et le risque augmente rapidement. La Ligue recommande donc aux femmes de surveiller leur santé cardiovasculaire tout au long de leur vie et d'effectuer un bilan complet à partir de 50 ans. Cette prévention est d'autant plus importante que les maladies cardiovasculaires concernent une femme sur trois et que près de 80 % des cas pourraient être évités grâce à une meilleure prévention et à un mode de vie sain.

À lire aussi | [Les signaux d'alerte du cancer du sein restent trop méconnus \(https://www.lesoir.be/771588/article/2026-09-17/les-signaux-dalerte-du-cancer-du-sein-restent-trop-meconnus\)](https://www.lesoir.be/771588/article/2026-09-17/les-signaux-dalerte-du-cancer-du-sein-restent-trop-meconnus)