



HAL
open science

Cancers, minorités de genre et de sexualité

Arnaud Alessandrin, Anastasia Meidani

► **To cite this version:**

Arnaud Alessandrin, Anastasia Meidani. Cancers, minorités de genre et de sexualité. Masculinités et féminités face au cancer, 2020. hal-02491078

HAL Id: hal-02491078

<https://hal.science/hal-02491078>

Submitted on 25 Feb 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Arnaud Alessandrin
Anastasia Meidani

Cancers, minorités de genre

et de sexualité : un nouvel élément de mesure dans la santé des lgbt ?

Dans « Masculinités et féminités face au cancer » (Meidani A. dir.), PUM, pp : 161-178, 2020.

Introduction : un bref tour d'horizon

Le rapport à la santé des personnes lgbt se mesure souvent à l'aune des questions de santé sexuelles et reproductives. Pourtant, d'autres problématiques traversent les parcours de santé de ces populations. Dans le contexte français, les thèmes abordés en ce qui concerne la santé des minorités de sexualité et de genre relèvent plutôt de la question de la santé globale de ces communautés en lien avec les médecins généraux (Jedrzejewski, 2016), ou bien de la question de la santé scolaire (Dagorn, Alessandrin, 2018 ; Richard, 2015). Dans ces recherches, la question du corps est centrale, non seulement car il est le théâtre des expressions de santé, mais aussi car il est traversé de représentations et d'expériences sociales multiples ayant des influences fortes sur la santé.

Mais qu'en est-il de la focalisation sur le cancer ? En France, le cancer est devenu la première cause de mortalité avec 400 000 nouveaux cas annuellement, dont 54 000 cancers du sein, 37 000 du poumon et autant du côlon, 56 800 de la prostate. Dans l'ensemble des pathologies cancéreuses enregistrées en métropole, la population masculine est plus touchée que celle des femmes : parmi les 400 000 nouveaux cas répertoriés annuellement, 214 000 cas concernent les hommes. En effet, on signale 149 500 décès dus au cancer par an, dont 65 500 sont le fait de femmes et 84 000 d'hommes (inca). Ces taux de mortalité, étroitement associés au type de pathologie, se différencient considérablement selon le sexe. Ainsi, pour la plupart des tumeurs, les femmes survivent plus longtemps que les hommes (Berrino et coll., 1999).

À l'intersection des différents critères qui peuvent déterminer l'adhésion à la prévention et aux soins (l'âge, les appartenances ethno-raciales, la classe etc.) se trouve aussi la question, peu exploitée, de la sexualité et de l'orientation sexuelle. En interrogeant l'impact de l'orientation sexuelle dans les processus de dépistage, de soins et de suivi des pathologies cancéreuses, nous nous proposons de nous focaliser sur les communautés homosexuelles en posant trois questions : 1) comment l'identité et les pratiques homosexuelles concourent-elles à la construction sociale des facteurs de risque d'exposition à certains cancers ? 2) Quelles stratégies, collectives ou individuelles, sont mises en place pour accompagner la question du cancer diagnostiqué ou soupçonné ? 3) Dans quelle mesure et comment l'homosexualité contribue-t-elle à une gestion spécifique des interactions soignant.e.s/soigné.e.s, et aux enjeux de dominance et d'asymétrie qui en découlent (Meidani, 2008).

Ce faisant, au terme dans nos recherches, nous envisageons, dans la présente contribution, d'abord, de cerner les conditions sociales qui rendent possibles la prise en compte et la prise en charge du risque cancer dans la population homosexuelle. Nous souhaitons ensuite décrire les pratiques des soins qui les accompagnent, et analyser les processus de négociation soignant.e.s/soigné.e.s qui les supportent. Au travers de ces deux volets, il s'agit pour nous de comprendre et d'étudier les effets de l'arrivée de cette « nouvelle population à risque » sur l'organisation et le contenu de soins.

Les recherches sur la santé homosexuelle ont délaissé l'idée de la maladie psychiatrique (Eribon, 2003 ; Drescher, 2010) pour fortement investir les nombreuses questions relatives à l'épidémie du sida (Pollak, 1988 ; Thiaudière, 2002) qui, encore aujourd'hui, reste la question centrale des recherches en santé communautaire (Girard, 2013 ; Chartrain, 2013). Ces recherches ont montré l'impact des discriminations liées à l'orientation sexuelle sur le suivi de soins, mais aussi l'absence de prévention à destination des communautés homosexuelles (lesbiennes, gays, mais aussi bi et trans), en dehors de campagnes vih-sida. De ce point de vue, la question du cancer a longtemps été posée en lien avec celle du vih (Martro et coll., 2007 ; Heck et coll., 2010), même si les études réalisées restent très partielles. La dimension « santé » des gays and lesbiens studies, montre alors que les populations homosexuelles ont non seulement un rapport particulier au monde médical, mais aussi des pratiques de santé qui leur sont propres. La question du cancer fut récemment interrogée sous cet angle (Boehmer, 2011). Il apparaît que si les homosexuel.le.s ne sont pas plus atteint.e.s par le cancer que les hétérosexuel.le.s (toutes tumeurs confondues), leur appréhension de la maladie diffère fortement.

Mais la militance homosexuelle ne formule pas clairement de revendications autour d'une prévention « cancer » particulière (Prearo, 2014). Néanmoins, certaines associations prennent en charge la question de la prévention. En suivant l'hypothèse que le genre influe sur l'expérience de la maladie et l'adhésion aux soins (Meidani, Alessandrin, 2018), nous examinerons de façon croisée ce que le genre et l'orientation sexuelle font à l'expérience de la maladie et du soin. Face à cela, il conviendra d'analyser les interactions soignant.e.s/soigné.e.s en se demandant si l'orientation sexuelle d'un.e patient.e a des effets sur les pratiques des soignant.e.s et les subjectivités des soigné.e.s. Enfin, en prenant en compte les dimensions matérielle et virtuelle des réseaux de soins, nous considérerons la place des associations et des supports informels dans l'accès aux informations (Levy et coll., 2010).

Si l'analyse qui suit ne prétend épouser toutes ces interrogations, elle propose, par le biais d'une esquisse de revue de la littérature et d'une enquête quantitative à ce sujet, d'éclairer quelques espaces d'interrogations.

Recherche sur la santé lgbt et revue de littérature

En 2017-2018, la recherche « Santé lgbt » a souhaité proposer un pas de côté à l'égard des recherches traditionnelles sur les questions de santé des minorités de genre et de sexualité. Nous avons préféré nous plonger dans des thématiques jusque-là ignorées ou peu traitées. Trois thématiques ont plus particulièrement été couvertes par cette recherche : la santé scolaire, les questions de poids et les parcours en cancérologie des lgbt.

Du point de la méthodologique, la revue de la littérature met en évidence une absence de recherches françaises autour des enjeux en cancérologie propres aux personnes lgbt, hormis nos travaux préalables (Meidani, Alessandrin, 2017 ; 2018). La présente contribution tente donc de combler cette lacune en proposant certains éléments chiffrés et certains témoignages et séances observationnelles obtenus à la suite de la passation du questionnaire de cette enquête. Plus précisément, à la suite d'une revue de la littérature, nous avons choisi de suivre une méthodologie mixte avec deux volets : un premier basé sur la passation de questionnaire via Internet, un second avec des entretiens réalisés à la suite de ce questionnaire auprès de personnes lgbt atteintes de cancer (tous types de cancer et tous stades confondus). Les entretiens, au nombre de vingt, et quelques éparses données ethnographiques issues des séances d'observations obtenues lors des consultations de soins des personnes atteintes qui nous ont autorisé.e.s à les accompagner, nous indiquent des éléments subjectifs précieux que les données chiffrées, seules, ne parviennent pas à rendre saillants. Ils illustrent aussi les tendances que le questionnaire et la revue de la littérature donnent à voir. Le questionnaire, de son côté, nous permet de travailler à une comparaison entre les données disponibles à l'étranger et les tendances statistiques qui s'esquissent dans cette enquête.

Le questionnaire, justement, a bénéficié d'une durée de diffusion de trois mois (juin-septembre 2017) pour atteindre au total 1 087 réponses complètes. L'échantillon se compose ainsi de 44 % de personnes s'identifiant comme « hommes », autant comme « femmes », et 16 % comme « trans », « intersexes » ou « non binaires ». On compte également 62 % de personnes homosexuelles, 21 % de bisexuelles et 4 % d'hétérosexuelles. 13 % des répondants et répondantes se déclarent « pansexuel.le-s » ou « assexuel.le.s ». La répartition par catégories socio-professionnelles comprend 26 % d'employées, 20 % de cadres, 24 % d'inactifs et inactives (étudiant.e.s et retraité.e.s principalement), 12 % de professions intermédiaires, 7 % de professions libérales, 3 % d'artisan.e.s commerçant.e.s, 7 % d'ouvrier.e.s et 1 % d'agri-cultrices et d'agriculteurs. Du côté de la répartition par âge, 35 % des répondant.e.s avaient moins de 25 ans lors de l'enquête, 45 % entre 25 et 50 ans, 20 % plus de 50 ans. Nous reviendrons sur ce que nous pouvons dire, en comparant les données disponibles à l'échelle internationale et celles issues de cette enquête.

Nous nous proposons de faire un retour sur quelques recherches bibliographiques concernant les populations lgbt et leurs relations aux questions de santé à travers la problématique du cancer. Stipulons-le d'emblée : les chiffres de notre enquête ne sont qu'exploratoires. Ni la

durée ni le mode de recueil des données ne permet l'analyse d'une population randomisée ou d'une cohorte conséquente. Néanmoins, ne seront ici exploités que les chiffres statistiquement significatifs. Les autres données, notamment qualitatives 8, seront analysées au sens d'une lecture indicielle (Laplantine, 2005), c'est-à-dire non comme des preuves « totales », mais comme des éléments sensibles suffisamment interpellants pour signifier certaines pistes interprétatives. En parallèle de ces données, d'autres éléments relevant des recherches bibliographiques seront mobilisés.

Les ressources identifiées lors de la recherche bibliographique pour l'enquête « Santé lgbt » sont principalement des travaux étatsuniens. Comme sur d'autres thématiques, la traduction « communautaire » des recherches en santé dans l'espace francophone français semble toujours plus compliquée qu'ailleurs. Indiquons également que pour une partie écrasante, ces données se situent dans le champ de la psychologie et de la santé publique. Le regard sociologique, au-delà des questions liées à la santé sexuelle et reproductive, apparaît ainsi très satellitaire. L'enjeu est donc d'inscrire la sociologie dans une visée interprétative des parcours de santé en cancérologie des personnes lgbt, au même titre que la santé publique et la psychologie. Autre élément notable : la plupart des travaux concernent surtout les personnes gays, et dans une bien moindre mesure lesbiennes et bisexuelles (même si, pour partie, des observations liées aux parcours de santé en cancérologie des femmes hétérosexuelles peuvent leur être appliquées). Enfin, pour un très grand nombre de recherches, les échantillons comprennent trop peu de personnes transgenres et de personnes intersexes pour qu'elles soient prises en compte dans les dimensions chiffrées des études. À défaut, des « cas » sont signifiés comme l'ont déjà précisé Anastasia Meidani et Arnaud Alessandrin (2017) dans leur recherche « cancers et transidentités ».

Dès lors, à travers ces différents éléments, nous nous proposons de faire un premier bilan afin d'observer ce qui se joue, du côté de la prévention et du soin, pour les personnes lgbt—et notamment les populations homosexuelles. Parallèlement, tentons de voir ce que la sociologie du genre et des sexualités peut apporter à une analyse exploratoire du couple « cancer » et « minorités de genre et de sexualité ».

Prévention et soins : quelques questions soulevées

S'il existe un point d'accord à travers tous les textes analysés, c'est bel et bien sur le fait que les chercheur.se.s font unanimement le constat de l'absence de données institutionnelles sur le cancer prenant en compte l'orientation sexuelle et l'identité de genre. Au-delà des données institutionnelles, ils et elles font également le constat du manque de travaux scientifiques à ce sujet. De toute évidence, le sujet n'est pas neutre. À titre d'exemple, en septembre 2018, un scandale sanitaire explose autour de l'Androcur®, contraceptif fortement utilisé dans les transitions MtF 9, pour ses risques de méningiome, ce qui poussera l'ansm à mettre en place un numéro vert pour les patientes.

À côté des scandales sanitaires et des retards pris par les agences et les acteur.trice.s de la santé publique en France, la recherche s'est pourtant bel et bien engagée dans ce domaine. Pour pallier le manque de données, les chercheur.se.s ont eu recours à deux méthodes. En premier lieu des études écologiques, notamment les travaux d'Ulrike Boehmer (Boehmer, Elk, 2015), c'est-à-dire des études qui utilisent des données agrégées au niveau d'une population

(par exemple, le nombre de décès). Cette méthode a pour objectif de déterminer les variations de fréquence d'une maladie dans l'espace (étude géographique) ou dans le temps (étude temporelle), et de mettre en correspondance ces variations globales avec des facteurs environnementaux, essentiellement à des fins de veille sanitaire (Boehmer, 2018). Une deuxième méthode tente d'estimer le risque de cancer de la population lgbt à travers les facteurs favorisant les risques de cancer, tels que le tabagisme, la consommation d'alcool, le surpoids, les pratiques sexuelles non protégées. Les recherches menées montrent que les personnes lgbt auraient plus tendance à adopter ce genre de comportements que leurs pairs hétérosexuels ou cisgenres¹¹ (Cahill, 2018). Rares sont les études plus intersectionnelles (Damaskos et coll., 2018) qui couplent la population lgbt avec ses multiples facteurs d'appartenance – notamment ethniques ou sociaux.

Du point de vue des contextes interrelationnels dans les parcours de soins, la relation avec les soignant.e.s, leur attitude à l'égard des orientations sexuelles et des identités de genre ainsi que leurs connaissances des problématiques de santé lgbt sont également relevées dans la revue de littérature réalisée, notamment à travers les travaux de Gwendolyn Quinn et ses collaborateurs (2015a ; 2015b) ou Geneviève Rail et ses collaborateurs (2018), situant la recherche du côté des relations soignant.e.s/ soigné.e.s et des représentations qui en découlent. Toutes ces recherches insistent sur une double dynamique souvent à l'œuvre dans les minorités : d'une part, une méconnaissance des questions communautaires par les spécialistes, et d'autre part, une nécessité de soutien de ces communautés comme palliatif aux aides institutionnelles.

Le faible nombre de groupes de soutien spécifiques aux personnes lgbt a, par exemple, été souligné par Laurie Paul et ses collaborateurs (2014) dans son recueil de témoignages des femmes lesbiennes et bisexuelles ayant contracté un cancer du sein. Dès lors, le soutien d'une conjointe à sa compagne malade peut être compliqué par l'absence de reconnaissance de sa position par l'institution médicale. Enfin, quelques données ont été recueillies par la chercheuse susmentionnée sur la période de rémission qui suit, dans certains cas, la phase aiguë du cancer. Les conséquences physiques, psychiques et mentales de la maladie apparaissent comme différentes pour les personnes gays, lesbiennes et bisexuelles, comparativement aux personnes se déclarant hétérosexuelles. Les travaux de Jane Ussher (2017) sur la vie après un cancer de la prostate ont notamment montré que la qualité de vie des hommes gays et bisexuels, ainsi que celle des femmes lesbiennes et bisexuelles (Paul, 2013), pourraient être moins bonnes que celles des hommes et des femmes hétérosexuel.le.s, et leur détresse psychique plus grande.

Les données tirées de notre revue de littérature suscitent donc diverses questions. Pour les exposer plus clairement, nous proposons d'organiser ces articles sur le « continuum du cancer », expression empruntée à la psycho-oncologue Gwendolyn Quinn et ses collaborateurs (2015a ; b). Ce continuum va, dans le sens chronologique, d'un pôle précédant le diagnostic et comprenant facteurs de risque de cancer et démarches de prévention, au pôle de la vie « après » un cancer, en état de rémission. L'expérience même de la maladie se situe entre ces pôles. Les intérêts thématiques ainsi identifiés éclairent les savoirs et les pratiques en train d'apparaître sur les dimensions du cancer pour les personnes lgbt. Deux dynamiques, qui ne représentent qu'une fraction de ce champ mais qui semblent constituer des bases de réflexions intéressantes, peuvent être affirmées. Tout d'abord, une concentration de la recherche autour de la thématique des facteurs de risque individuels, qui constituent les

personnes lgbt comme « population à risque » de cancer, et d'autre part, un certain silence sur les expériences lgbt de la maladie cancéreuse, auquel la publication des travaux de Mary Bryson et ses collaborateurs dans ce même ouvrage ne saurait tarder à remédier. À travers l'ensemble de ces textes, si le lien entre questions de genre et de cancer apparaît particulièrement saillant, peut-on pour autant réellement affirmer l'existence d'une « population à risque » à propos des communautés lgbt (Meidani, Alessandrin, 2018) ?

Ce qui s'esquisse clairement, c'est que les efforts en matière de santé publique se concentrent, pour l'essentiel, sur la temporalité précédant le cancer : les pratiques de dépistage mais surtout les facteurs de risque. Un cadre général d'analyse épidémiologique est donc à prendre en compte. En effet, durant la seconde moitié du xxe siècle, la pensée épidémiologique s'est réformée afin d'appréhender les maladies non infectieuses, comme le cancer. Elle est alors devenue « épidémiologie des facteurs de risque ». Le modèle multifactoriel du risque permet effectivement d'identifier des objets d'intervention de santé publique, sans comprendre totalement le mécanisme de causalité, comme cela a été le cas dès les premières études sur la corrélation entre cancer du poumon et tabagisme. La notion même de risque induit d'ailleurs une nouvelle acception du lien causal, comme le montre Patrick Peretti-Wattel dans son ouvrage *La société du risque*(2001). Mais concernant les populations lgbt, qu'en est-il du contexte social et politique d'émergence de ce risque ?

La psychologie ajoute une dimension analytique au constat de l'épidémiologie sur l'adoption de comportements à risque par les personnes lgbt et, à ce titre, les travaux en ce domaine s'avèrent nombreux. Ils présentent surtout l'adoption de comportements à risque comme la réponse à un mal-être psychique. De même, les recherches de Jack Burkhalter (2010 ; Burkhalter et coll., 2016) sur la perception du risque de cancer chez les jeunes gays, lesbiennes et bisexuelles soulignent que les personnes interrogées ont une perception correcte des risques de cancer et des comportements à adopter pour les limiter, mais pourtant elles ne les adoptent pas.

Mais si l'on considère que les contextes de prise en charge ne peuvent pas être parfaitement comparés entre tous les pays, d'au-tant plus entre des modèles de santé assurantiels et sociaux de type « communautaires » américains et le nôtre, ce que montre cette revue de littérature c'est que l'on sait peu de choses de ce qui se joue de spécifique pour les personnes gays, lesbiennes, -bisexuel.-les,- lesbiennes, trans et intersexes après un diagnostic de cancer.

Par ailleurs, la psychologue Laurie Paul et ses collaborateurs (2014) dessinent dans ce constat le biais hétérosexiste de la prise en charge hospitalière, même si la problématique reste effleurée et l'échantillon, treize femmes, réduit. La revue de littérature de Gwendolyn Quinn et ses collaborateurs (2015a ; 2015b) éclaire aussi le climat hétérosexiste et cissexiste de l'univers médical en montrant qu'au stade de la prévention, la possibilité du dévoilement de l'orientation sexuelle ou de l'identité de genre est cruciale dans la détermination de la qualité des réponses apportées aux problématiques de santé des individus concernés. Or rendre possible ce dévoilement repose sur la « bonne volonté » des soignant.e.s, mais surtout sur leur sensibilisation aux besoins sanitaires des personnes lgbt. En ce sens, on peut supputer que l'absence de cette sensibilisation, en plus d'impacter négativement la démarche préventive, peut compliquer le parcours de soin en cancérologie.

Les résultats du questionnaire mis en place pour la recherche « Santé lgbt » mettent d'ailleurs au jour que 60 % des répondant.e.s se sont déjà senti.e.s mal dans leur parcours de santé du fait de leur identité de genre ou de leur orientation sexuelle. Encore une fois, il n'existe ni en France ni aux États-Unis, de données institutionnelles sur le taux de morbidité du cancer en corrélation avec l'orientation sexuelle ou l'identité de genre. Toutefois, Ulrike Boehmer (2018) émet l'hypothèse que le taux de morbidité du cancer de la prostate serait plus élevé pour les hommes gays et bisexuels que pour leurs pairs hétérosexuels, hypothèse difficile à confirmer aux vues des données recueillies. Au-delà de ces constats émiétés, qu'est-ce que la sociologie peut bien apporter à cette réflexion ?

La plus-value herméneutique d'une approche sociologique

D'un point de vue sociologique, la focalisation sur les minorités sexuelles et de genre permet de mettre en lumière la nécessité de repenser les campagnes de prévention et les politiques de prise en charge en fonction des populations visées, tout en prenant en considération leurs dispositions sociales à transcender les registres de genre, et plus généralement leur référentiel culturel. Comprendre comment les destinataires des messages sanitaires interprètent les informations qui leur sont transmises à partir de leurs connaissances, des représentations, des émotions, des valeurs et des croyances dont ils.elles disposent (Calvez et coll., 1994), permet de libérer les malades du carcan d'une rationalité stricte. Cette optique – qui vaut à un niveau tant préventif que curatif – envisage le.la malade comme un.e acteur.rice pluriel.le, disposant d'un répertoire des significations souples en matière de genre et de santé. Dès lors, l'analyse de la maladie chronique, saisie par les expériences cancéreuses des personnes lgbt permet une approche plus fine de leur vécu.

Et pour cause... Le constat d'un écart entre les conduites de santé attendues et les conduites effectives a donné suite à de nombreux travaux (Massé, 1995 ; Calvez, 2004) qui ont cherché à caractériser ce désajustement et à en comprendre les logiques dans une optique épidémiologique socioculturelle. Cet écart se présente avec une acuité nouvelle dans le cadre des communautés lgbt. L'application d'une telle vision épidémiologique revient à intégrer les savoirs populaires dans l'élaboration des programmes d'action sanitaire (Massé, 1995), et suppose non seulement un examen des déterminants socioculturels présents dans les pratiques de santé des malades, mais aussi un examen des déterminants socioculturels dans les programmes successifs du « Plan cancer », ainsi que les pratiques et les savoirs des professionnel.le.s de santé. Si l'intérêt d'une telle perspective semble évident, le genre reste souvent en deçà de ces analyses en termes de santé publique – les campagnes de prévention et les politiques de prise en charge en attestent.

Là aussi, à travers un double mouvement, celui de la prise en compte des expériences cancéreuses comme élément de mesure de la santé des personnes lgbt, et celui de la prise en compte de la santé de ces personnes comme élément de mesure des expériences cancéreuses, plusieurs observations se font jour. Si l'état d'avancement des connaissances disponibles rapportées par ce texte ne permet pas d'expliquer avec fermeté certains différentiels observés, l'hypothèse que les personnes lgbt se font significativement moins dépister s'esquisse à l'horizon. Tout comme les pratiques à risque de certaines minorités, à l'image des hommes gays (rapports sexuels non protégés), ainsi que des lesbiennes (consommations alcool-tabagiques et alimentaires), semblent tisser des liens avec certaines

tumeurs : cancer annal, de la peau, du poumon, du foie et des voies aéro-digestives supérieures (Blashill, Pagoto, 2015).

Dans le droit fil de cette perspective, rappelons que la sociologie a déployé une analyse critique de la construction épidémiologique du risque (Calvez, 2004), insistant sur les processus de simplification des déterminants sociaux, ainsi que sur les confusions de savoir commun que la santé publique opère lorsqu'elle se prête à cet exercice d'identification des conduites dites à risque (Vidal, 1999 ; 2001). Le risque d'exposition à tel ou tel cancer n'est pas une éventualité hors sol, dont on mesurerait la probabilité indépendamment des contextes et des individus. Il est plutôt à définir comme une caractéristique attribuée à des situations spécifiques par des groupes d'individus dont l'analyse des conditions sociales est impérative (Calvez, 2004). Là aussi la prise en compte des communautés lgbt représente un réel intérêt pour l'analyse.

La critique d'une conception étroite du risque met donc à mal la conception fondée sur l'hypothèse des comportements sanitaires rationnels, développés par des individus responsables de leurs actes, et tente de restituer les effets des cadres socioculturels et politiques sur la perception et la gestion différentielles des risques d'exposition relatifs au cancer. Reprenant à notre compte l'hypothèse d'un.e patient.e traversé.e autant par des tensions et des normes contradictoires, que par des intérêts et des rationalités antinomiques, concernant tant la santé que le genre, il s'agit pour nous de comprendre les différents facteurs qui orientent leurs conduites. Le texte affirme alors que la prise en compte des modes de perception des risques du point de vue du genre demeure heuristique, et sa plus-value herméneutique se donne à voir avec vigueur dans l'analyse des expériences cancéreuses des communautés lgbt. Ainsi les nuances apportées permettent de resituer le.la malade comme un.e acteur.rice pris.e au feu de multiples contraintes et finalités, et mettent en relief des masculinités et des féminités plurielles.

À la lecture des premiers résultats qui suivent, nous nous apercevons qu'un double réductionnisme guette l'étude du cancer. Le premier consisterait à considérer les appartenances de genre en dehors de leur environnement, comme un facteur hors sol, laissant de côté d'autres déterminants de la santé, comme les cadres socio-économique, culturel et politique. Si le genre est, à ne point douter, à prendre en considération dans la mise en place des stratégies des malades pour contrer la maladie, il ne constitue que l'un des facteurs qui paramètre l'expérience de la maladie chronique – aussi central soit-il. Le second écueil consisterait à réduire l'identité sexuée des malades à l'exercice de reproduction des normes de genre, oubliant de prendre en compte leurs facultés d'adaptation, l'éventuelle modification de leurs conduites, l'im-pact de leur parcours de vie et des interactions qui l'animent sur le travail du malade, envisagé dans ses contours genrés. Levier de prévention et à la fois barrière de sa promotion, critère d'ob-servance et simultanément support de déni, le genre se situe à côté de l'organisation des services de soins et des politiques de santé publique, et en deçà des analyses des parcours de vie plus ou moins dynamiques (Massé, 1995).

Interactions soignant.e.s/soigné.e.s et minorités sexuelles : éléments d'analyse

Si l'on tente de saisir la dimension expérientielle du cancer, dans une approche au ras des discours et des pratiques, au plus près du fait minoritaire, une lecture « par l'expérience »,

c'est-à-dire par l'incorporation des normes et par leurs effets sur les subjectivités, semble la bienvenue (Dubet, 2001). Les personnes lgbt sont définies comme une minorité, à partir de l'acceptation de la condition minoritaire établie par Adrien Chassain, et ses coauteur.e.s dans leur article « Approches expérientielles du fait minoritaire » (Chassain et coll., 2016). La question de la stigmatisation et celle des discriminations (Toulze, Meidani, 2017) entrent frontalement dans les interrogations à avoir : la condition de minoritaires relève d'une position dominée dans le champ social. Elle est celle de l'assignation identitaire d'individus et de groupes à des traits qui peuvent être raciaux, nationaux, culturels, genrés ou encore sexuels, assignation associée à une stigmatisation. Cette même condition doit être envisagée comme un processus relationnel, il ne s'agit pas d'un état et, en ce sens, on pourrait également parler de minorisation. C'est pourquoi il convient d'aborder l'expérience du cancer d'un point de vue individuel mais également d'un point collectif, à travers les représentations autour de la maladie et de son étiologie. Il est notamment probable que quelque chose de l'ordre de la discrimination se joue au niveau de soins en cancérologie pour les minorités lgbt.

Cette dimension discriminatoire pourrait s'actualiser surtout dans la relation soignant.e.s/soigné.e.s. La question discriminatoire n'est pas uniquement celle des « faits », c'est aussi celle des « ressentis » et des « appréhensions ». Mais l'intérêt de l'approche expérientielle du fait minoritaire reste également de se garder de présupposer de la passivité des personnes lgbt. Il est donc aussi important de comprendre comment, sous le coup de contraintes structurelles, ces personnes mobilisent des ressources et des compétences qui leur sont propres. Malheureusement, du côté du cancer, rares sont les initiatives lgbt qui mettent en avant un empowerment dans les parcours de santé. Là encore, on pourra citer les travaux de la chercheuse canadienne Geneviève Rail qui, dans une optique de queerir le cancer (Rail et coll., 2019), donne la voix aux personnes lgbt atteintes de cancer et fournit même, aux côtés de ses recherches, des dispositifs trans-médias¹² qui permettent de cristalliser une culture du témoignage de santé (Nengeh Mensah, 2016). On pourrait également évoquer les actions de l'art-thérapeute Isabelle Sentis (2019) qui, dans les centres lgbt notamment, développe des ateliers autour des questions relatives au cancer du sein chez les femmes lesbiennes. Mais les exemples se font rares.

Concernant la cancérologie, l'enquête dont il est question dans la présente contribution aura montré que les chiffres du dépistage du cancer, tous cancers confondus, diffèrent au regard de la population dans son ensemble. Selon les données chiffrées de l'Inca, en 2019 pour l'année 2017, le taux de participation de la population éligible au dépistage organisé pour le cancer du sein était de près de 50 %, de plus de 30 % pour le cancer colorectal (avec une participation plus forte des femmes que des hommes), et de plus de 60 % pour le cancer de l'utérus. De notre côté, sur

179 personnes de plus de 50 ans ayant répondu à la question : « Au cours de votre vie, vous êtes-vous déjà fait dépister pour un cancer ? », nous obtenons un taux de réponses positives moyen de 35 % (et de 18 % pour l'ensemble de l'échantillon, compte tenu de la surreprésentation des jeunes lgbt). Nous ne sommes pas en mesure d'expliquer ce différentiel. Est-ce le sujet qui mériterait une méthode autre que le questionnaire en ligne ? Les personnes lgbt se font-elles réellement et significativement moins dépister ? Ou ont-elles plus de pratiques dites à risque, comme cela semble être le cas en ce qui concerne les populations des hommes gays et bisexuels et le cancer de la peau ? (Blashill et Pagoto, 2015) Les recherches internationales semblent plutôt insister sur les difficultés relationnelles avec

les soignant.e.s et sur les complications dues à des situations intersectionnelles qui croiseraient les questions de pauvreté ou de migration, plus que les seules questions lgbt. Mais qu'en est-il en France ? Ces chiffres, nous l'espérons, pourront peut-être ouvrir la voie à une recherche spécifique, quantitativement et qualitativement robuste sur ce sujet.

Plus encore, la recherche s'est intéressée aux rapports aux soins. Ainsi, toutes populations lgbt et toutes pathologiques confondues, seules 38 % des personnes sondées sont régulièrement accompagnées dans leurs parcours de santé. Et la plupart du temps, ce sont les mères qui s'emploient à ce travail du care. Autre chiffre symptomatique : 40 % des personnes sondées ne parlent pas de leur orientation sexuelle ou de genre à leur médecin généraliste. Il y a plusieurs raisons à cela : la non-nécessité ressentie d'évoquer ces questions, la volonté de ne pas continuellement en parler, la gêne ou la honte. On serait surpris de poser cette question de l'orientation sexuelle à des personnes hétérosexuelles et cisgenres¹. Peut-être ne sauraient-elles pas quoi répondre. Peut-être auraient-elles la sensation que leur hétérosexualité est « naturellement » évoquée lorsqu'il s'agit de dire « ma compagne », « mon mari », « mon épouse » ou « mon compagnon ». Peut-être auraient-elles l'intention, à l'inverse, de ne jamais en parler, comme de garder cela du côté du privé.

Pour les personnes lgbt, la réception des propos intimes et privés par le ou la soignant.e ne va pas de soi : entre mauvais jugements et incompréhensions, réels ou supposés, les interactions soignant.e.s/soigné.e.s semblent beaucoup plus marquées par des craintes, des silences, des oppositions aussi. Le déploiement d'un marché des réputations (« médecins transfriendly » ; « medecins gayfriendly ») constitue une des réponses apportées par les collectifs lgbt à ces épreuves réelles et/ou appréhendées en régime de santé. Au total, dans notre enquête, 60 % des personnes sondées ont eu le sentiment d'avoir été mal à l'aise, du fait de leur orientation sexuelle et/ou de genre, devant un.e médecin. Les témoignages illustrent parfaitement cet embarras.

« Chez le généraliste, j'ai dû insister pour me faire dépister, expliquer que je suis dans une relation non exclusive, etc., et j'ai subi l'étonnement et le jugement du médecin. »

« Aux urgences : on revient de Thaïlande mon copain et moi, et mon copain avait contracté la dengue, et on nous accueille en nous disant : » c'est sûrement le sida »... en 2012. »

« J'ai dû expliquer à ma psychiatre puis à ma psychologue les raisons de mes épisodes qui ressemblaient à des épisodes dépressifs, j'ai dû faire mon coming out et ce n'est jamais chose aisée. Ma psychologue m'a demandé si j'aimais les filles par dégoût des garçons. Je n'ai pas su quoi répondre. J'étais mal à l'aise et énervée parce que pour moi, ce n'était pas une question pertinente compte tenu de mon diagnostic de cancer. »

« On se fait constamment appeler par son prénom de naissance à voix haute dans les salles d'attente. Ça donne pas envie d'y retourner [MtF définie comme lesbienne]. »

¹ 11. Cisgenre : personne dont l'assignation de genre à la naissance correspond à l'identité de genre vécue. Lire à ce propos : A. Alessandrin, « La question cisgenre », Interrogations ?, n° 15. Identité fictive et fictionnalisation de l'identité (I), décembre 2012 [en ligne].

« Lors des entretiens avec l’urologue pour réaliser une circoncision, il parlait de ma situation en me pensant hétérosexuel [donc homme pénétrant alors que je suis gay et passif], j’étais trop mal à l’aise pour le démentir... »

Observation faite le 5 juin 2017.

« Sophie a 55 ans. Avec sa compagne, elle se rend à l’hôpital pour un cancer du sein qui lui a été diagnostiqué voici quelques jours. Elle annonce sa venue au secrétariat. La secrétaire appelle l’oncologue et prononce ces mots, d’une banalité totale : “Madame X est arrivée. Elle est accompagnée.” Sophie se dirige alors vers la salle d’attente. Quelques minutes plus tard, le médecin ouvre la porte de son cabinet de consultation et dit : “Madame X, Monsieur, s’il vous plaît.” Sophie se lève, ainsi que sa compagne. Mais cette dernière se rassoit après avoir entendu l’appel du médecin. Elle laissera Sophie entrer seule dans le cabinet. Un bref échange de regard et la porte se referme. À l’intérieur du cabinet, le médecin l’interroge : “Vous n’étiez pas accompagnée ? – Si, répond Sophie. Mais de ma femme, comme l’autre fois. Et vous l’avez appelée comme si ma femme était un homme. Elle est restée à m’attendre.” [Elle termine sèchement sa phrase. Visiblement désolé, l’oncologue se confond en excuses. Il proposa de faire entrer la compagne de Sophie mais cette dernière refusa, argumentant qu’après cette consultation elle irait voir “un autre médecin”. »

Les parcours de santé et les parcours de genre s’entremêlent (Meidani, Alessandrin, 2018a ; 2018b), et la cancérologie ne fait pas exception à ce constat (Lowy, 2013). En effet, toutes les expériences du genre ne se situent pas dans les « normes » attendues. Il faut alors composer avec les discriminations liées à ses caractéristiques identitaires, en plus de se confronter aux éventuelles remarques liées à son état de santé. C’est ce qui est arrivé à Maxime, étudiant en première année de licence d’histoire, atteint d’un cancer du système lymphatique, maladie de Hodgkin. Maxime a « toujours su qu’il était gay ». Il ajoute en riant : « Mais gay et cancéreux, ça fait un peu beaucoup. » Ses rires masquent pourtant une réalité bien connue des homosexuel.le.s : les insultes et les discriminations au collège, comme au lycée (Dagorn, Alessandrin, 2015). Les coupures relationnelles, Maxime n’a pas attendu la maladie pour les vivre. Mais en première année de licence, il découvre « la théorie queer ». C’est pour lui « une révélation ». Il s’en inspire pour composer avec les effets de la chimiothérapie. « J’ai pris mon crâne et je l’ai rasé. » Il s’en inspire aussi pour utiliser son genre comme levier de résistance :

« J’ai aussi arrêté le sport. Je faisais du rugby. J’ai d’un seul coup compris que je n’avais plus à supporter tous ces “pédé” qu’on entend dans les vestiaires et à l’entraînement. J’étais fatigué et je ne pouvais plus m’y rendre régulièrement, donc de toute façon j’aurais arrêté. [...] En lisant des textes queers j’ai surtout compris que le genre c’était une construction sociale et que je n’avais pas besoin de m’af-firmer viril, de faire du sport et tout, pour être un mec. »

Là encore, le cancer s’éprouve physiquement et laisse ses traces sur le genre. Et là encore, alors qu’il y a de forts processus de stigmatisation, la crainte d’une déscolarisation (qui n’aura pas complètement lieu en absence de maladie), le genre apparaît, en creux, comme un recours. Si les exemples donnés dans cette contribution n’ont de valeur qu’illustrative, ils soulignent cependant une double tendance. Tant qu’il peut être le signe d’une « normalité », le genre est une ressource s’il parvient à être en continuité avec l’existence, avant le diagnostic. A contrario, le genre s’éprouvera comme une rupture cumulative à celle de la maladie, notamment du point de vue relationnel : perte des connaissances, des habitudes,

des loisirs... Quoi qu'il en soit, en tant qu'élément constitutif de l'identité, le genre est un support, une ressource. Il engage sa défense et demande une certaine combativité. La question du cancer dans la population lgbt semble donc suivre les contours d'une analyse genrée, et non simplement sexuée, des parcours de santé.

Conclusion : un tremplin pour de futures recherches ?

Avec 400 000 nouveaux cas de cancers dépistés en France métropolitaine chaque année, selon l'Inca, il nous a semblé que le cancer était un bon mètre étalon du rapport contemporain que les minorités sexuelles et de genre entretiennent avec la santé, les institutions de santé, la prévention et les soins. Maladie de la modernité, le cancer est aussi une préoccupation significative des politiques de santé publique. Pour le dire autrement, nous pouvons faire ici l'hypothèse que ce qui n'est pas fait, plus fait, ou mal fait pour telle ou telle population atteinte de cancer, est encore moins bien fait, réalisé, suivi, ailleurs, dans l'ensemble des parcours de santé. Nous espérons, avec ces quelques éléments, avoir réussi à montrer, d'une part, la potentielle richesse d'un travail interrogeant l'expérience du cancer pour les personnes lgbt, et d'autre part, la pertinence du regard sociologique pour étudier ces problématiques.

Plus encore, nous espérons avoir démontré l'urgence d'une recherche qui traiterait spécifiquement de ces populations, en les comparant entre elles, mais aussi en les comparant aux personnes hétérosexuelles et cisgenres, dans un contexte français dépourvu d'études en la matière. Le questionnaire mis en place pour la recherche « Santé lgbt » a montré la multiplicité des identifications des répondant.e.s : quarante-deux identités de genre ont été mentionnées, et cette multiplicité ne saurait être contenue dans un acronyme, et encore moins dans une seule comparaison « homo/ hétéro ». De même, les corps et les identités gays, lesbiennes, bisexuelles, trans et intersexes exigent, pour pouvoir être comparées, une étude non plus exploratoire mais bel et bien probatoire et plurifactorielle. Sur ces questions comme sur d'autres, l'enjeu d'une lecture par les communautés n'est pas simplement sociographique ou épidémiologique. Elle consiste à ne pas les dépolitiser pour garder l'œil ouvert sur les conditions de mise en visibilité, et d'invisibilités, des catégories de santé et de population qui vont de pair.

Bibliographie

Abelhauser, A. ; Levy, A. ; Laska, F. ; Weil-Philippe, S. 2001. « Le temps de l'adhésion », dans anrs, L'observance aux traitements contre le vih-sida. Mesures, déterminants, évolutions, Collection Sciences sociales et Sida, p. 79-86.

Ahmed, R. ; Bates, B. 2007. « Gender differences in patients' perceptions of physicians' cultural competence in health care interactions », *Women's Health & Urban Life*, vol. 6, n° 2, p. 58-80.

Alessandrin, A. (2018), *Sociologie des transidentités*, Cavalier Bleu.

Alessandrin, A. ; Dagorn, J. ; Meidani, A. ; Richard, G. ; Toulze, M. (2020). *Santé LGBT*, Bord de l'eau.

Alessandrin, A. ; Esteve-Bellebeau, B. 2014. *Genre ! L'essentiel pour comprendre*, Paris, Des ailes sur un tracteur.

Alessandrin, A. ; Meidani, A. 2018a. « Cancer(s), questions de genre et identités sexuelles », *Santé scolaire et universitaire*, n° 51 (sous la direction de E. Dugas), p. 16-20.

Alessandrin, A. ; Meidani, A. 2018b. « Corps, cancers et genre », *Pratiques*, n° 80, p. 71-72.

Alessandrin, A. ; Toulze, M, (2020), « Minorités sexuelles et rapport au corps : une recherche quantitative », *Santé Publique*, vol. 31, no. 5, pp. 657-661.

Ankeny, R.-A. 2014. « Maladie et santé : concepts et représentations », dans B. Fantini, L. Lambrichs (sous la direction de), *Histoire de la pensée médicale contemporaine : évolutions, découvertes, controverses*, Paris, Le Seuil, p. 11-24.

Arapoglou, V.-P. 2004. « The governance of homelessness in the Euro-pean South: Spatial and institutional contexts of philanthropy in Athens », *Urban Studies*, vol. 41, n° 3, p. 621-639.

Aronowitz, R.-A. 2001. « Do not delay: Breast cancer and time 1900-1970 », *The Milbank Quarterly*, vol. 79, n° 3, p. 355-386.

Aronowitz, R.-A. 2007. *Unnatural History: Breast Cancer and American Society*, Cambridge / New York, Cambridge University Press.

Arrington, M.-I. 2004. « To heal or not to heal?: On prostate cancer, physician-patient communication and sexuality », *Journal of Loss and Trauma*, vol. 9, n° 2, p. 159-166.

Arrington, M.-I. 2008. « Prostate cancer and the social construction of masculine sexual identity », *International Journal of Men's Health*, vol. 7, n° 3, p. 299-306.

Avenel, C. 2012. « La question de l'égalité des parcours en faculté de médecine : les conditions d'entrée à l'université des nouvelles cara-bines », *Éducation et socialisation*, n° 31, [En ligne : <https://journals.openedition.org/edso/801>].

Bajos, N. ; Bozon, M. (sous la direction de). 2008. *Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé*, Paris, La Découverte.

Bajos, N. ; Bozon, M. 2011. « Les transformations de la vie sexuelle après 50 ans : un vieillissement genré », *Genre, sexualité et société*, n° 6 [en ligne : <https://gss.revues.org/2165>].

Barbot, J. 2002. *Les malades en mouvements. La médecine et la science à l'épreuve du sida*, Paris, Balland.

Barnay, T. 2005. « Santé déclarée et cessation d'activité », *Revue française d'économie*, vol. 20, n° 2, p. 351-373-106. [En ligne : <https://doi.org/10.3406/rfec.2005.1573>].

Barnay, T. 2008. « Chômage et invalidité après 50 ans : deux dispositifs alternatifs de sortie de l'emploi pour les seniors en mauvaise santé ? », *Économie et statistique*, n° 411, p. 47-63.

Barnay, T. ; Sauze, D. ; Sultan-Taïeb, H. 2010. « La santé au travail : une préoccupation multiforme pour les économistes », *Revue française des affaires sociales*, n° 4, p. 7-25.

Barthe, J.-F. ; Clément, S. ; Drulhe, M. 1988. « Vieillesse ou vieillissement ? Les processus d'organisation des modes de vie chez les personnes âgées », *Les cahiers de la recherche sur le travail social*, n° 15, p. 11-31.

Bataille, P. 2003. *Un cancer et la vie. Les malades face à la maladie*, Paris, Balland.

Bauer, G.-R. ; Scheim, A.-I. ; Deutsch, M.-B. ; Massarella, C. 2014. « Reported emergency department avoidance, use, and experiences of transgender persons in Ontario, Canada: Results from a respondent-driven sampling survey », *Annals of Emergency Medicine*, vol. 63, n° 6, p. 713-720.

Beauvoir, S. de. 1949. *Le deuxième sexe*, Paris, Gallimard, 1986.

Ben Halima, B. ; Ben Halima, M.-A. ; Lanfranchi, J. ; Le Clainche, C. ; Regaert, C. 2016. *L'impact du diagnostic du cancer sur les transitions professionnelles en France : une étude sur données de panel administratives*, Paris, Noisy-le-Grand, Centre d'études de l'emploi et du travail

Bentz, E.-K. ; Pils, D. ; Bilban, M. ; Kaufmann, U. et coll. 2010. « Gene expression signatures of breast tissue before and after cross-sex hormone therapy in female-to-male transsexuals », *Fertility and Sterility*, vol. 94, n° 7, p. 2688-2696.

Berrino, F. ; Cascinelli, N. 1999. « Cancer prevalence. What for ? », *Tumori*, vol. 85, p. 414-447.

Bize, R. ; Volkmar, E. ; Berrut, S. ; Medico, D. ; Balthasar, H. ; Bodenmann, B. ; Makadon, H.-J. 2011. « Vers un accès à des soins de qualité pour les personnes lesbiennes, gays, bisexuelles et trans-genres », *Revue médicale suisse*, n° 7, p. 1712-1717.

Blank, T. 2005. « Gay men and prostate cancer: Invisible diversity », *Journal of Clinical Oncology*, vol. 23, n° 12, p. 2593-2596.

Blashill, A. ; Pagoto, S. 2015. « Skin cancer risk in gay and bisexual population », *Jama Dermatology*, vol. 151, n° 12, p. 1293-1325.

Boehmer, U. 2011. « Cancer survivorship and sexual orientation », *Cancer*, vol. 117, n° 16, p. 3796-3804.

Boehmer, U. ; Elk, R. 2015. *Cancer and the lgbt Community: Unique Perspectives from Risk to Survivorship*, Berlin, Springer.

Boehmer, U. 2018. « lgbt populations' barriers to cancer care », *Onco-logy Nursery*, vol. 34, n° 1, p. 21-29.

Boehmer, U. ; Glickman, M. ; Winter, M. ; Clark, M.-A. 2013. « Long-term breast cancer survivors' symptoms and morbidity: Differences by sexual orientation ? », *Journal of Cancer Survivorship*, vol. 7, n° 2, p. 203-210.

Boltanski, L. 1971. « Les usages sociaux du corps », *Annales esc*, vol. 26, n° 1, p. 205-233.

Bondil, P. ; Habold, D. 2015. « Développement de l'oncosexualité et oncofertilité en France : aspects culturels et psychosociologiques », *Psycho-oncologie*, n° 9, p. 230-239.

Bondil, P. ; Habold, D. ; Damiano, D. ; Champsavoir, P. 2012. « Le parcours personnalisé de soins en oncosexologie : une nouvelle offre de soins au service des soignés et des soignants », *Bulletin du cancer*, n° 99, p. 499-507.

Bonnet, C. ; Hourriez, J.-M. 2012. « Égalité entre hommes et femmes à la retraite : quels rôles pour les droits familiaux et conjugués ? », *Population*, vol. 67, n° 1, p. 133- 158 [en ligne : <https://doi.org/10.3917/popu.1201.0133>].

Bontron, J.-C. 2012, « Les pôles d'excellence rurale, laboratoires des nouveaux rapports santé-territoires », *Pour*, vol. 2, n° 214, p. 113-119.

Boorse, C. 1977. « Health as a theoretical concept », *Philosophy of Science*, n° 44, p. 542-573.

Bouchut, E. 1853. *Des méthodes de classification en nosologie*, Paris, Martinet.

Bouhnik, A.-D. ; Bendiane, M.-K. ; Cortaredona, S. ; Sagaon Teys-sier, L. ; Rey, D. ; Berenger, C. ; Seror, V. et coll. 2015. « The labour market, psychosocial outcomes and health conditions

in cancer survivors: Protocol for a nationwide longitudinal survey 2 and 5 years after cancer diagnosis (the vican Survey) », *bmj Open*, vol. 5, n° 3, art. n° e005971 [9 p. en ligne : <https://journals.openedition.org/efg/1346>].

Bourdieu, P. 2002. *La domination masculine*, Paris, Le Seuil.

Bourgeois, I. 2015. « Les dimensions cognitives de l'intervention en santé publique : l'accompagnement de deux projets de santé de premier recours en milieu rural », *Santé publique*, vol. 27, n° 3, p. 343-351.

Braverman, L. 2017. « Masculinités vieillissantes à l'épreuve du cancer de la prostate », *Enfances familles générations*, n° 27, [en ligne : <https://journals.openedition.org/efg/1346>].

Braverman, L. 2017a. « "Il n'y a jamais rien qui est entré par-là !" Résistances et malaises masculins face au toucher rectal », *Recherches sociologiques et anthropologiques*, vol. 48, n° 1, p. 45-64.

Braverman, L., 2018, « Le sujet à risque : la mesure du psa dans l'expérience du cancer de la prostate », dans N. Amsellem et P. Bataille (sous la direction de), *Cancer, un regard sociologique. Biomédicalisation et parcours de soins*, Paris, La Découverte, p. 15-27.

Briot, M. 2006. Rapport parlementaire, n° 3125 [en ligne : <http://www.assemblee-nationale.fr/12/rap-off/i3187.asp>].

Broom, A. 2004. « Prostate cancer and masculinity in australian society: A case of stolen identity ? », *International Journal of Men's Health*, vol. 3, n° 2, p. 73-91.

Broom, A. 2012. « Gender and end-of-life care », dans E. Kuhlmann et E. Annandale (sous la direction de), *The Palgrave Handbook of Gender and Healthcare*, Londres, Palgrave Macmillan, p. 224-238.

Broom, A. ; Cavenagh, J. 2010. « Moralities, masculinities and caring for the dying », *Social Science and Medicine*, vol. 71, n° 5, p. 869-876.

Brugère, F. 2017. *L'éthique du care*, Paris, Puf.

Brullmann, F., 2007. « Du traumatisme de l'ablation d'un sein après cancer à la reconstruction réparatrice : une traversée », *Le Carnet Psy*, n° 119, p. 46-51.

Bryson, M.-K. ; Stacey, J. 2013. « Cancer knowledge in the plural: Queering the biopolitics of narrative and affective mobilities », *Journal of Medical Humanities*, vol. 34, n° 2, p. 197-212.

Bryson, M.-K. ; Taylor, E. ; Boschman, L. ; Hart, T. ; Gahagan, J. ; Rail, G. ; Ristock, J. 2018. « Awkward choreographies from Cancer's Margins: Sexual and/or gender minority cancer patients' encounters with biographical and biomedical knowledge in treatment », *Journal of Medical Humanities*, vol. 7, n° 1, p. 102-113 [en ligne : <https://doi.org/10.1007/s10912-018-9542-0>].

Buller, M. ; Buller, D. 1987. « Physicians' communication style and patient satisfaction », *Journal of Health and Social Behavior*, n° 28, p. 375-388.

Bureau, E. ; Hermann-Mesfen, J. 2014. « Les patients contemporains face à la démocratie sanitaire », *Anthropologie & Santé*, n° 8 [en ligne : <https://journals.openedition.org/anthropologiesante/1342>].

Burguière, A. 1988. « L'anthropologie historique », dans J. Le Goff (sous la direction de), *La nouvelle histoire*, Bruxelles, Complexe, p. 137-165.

Burkhalter, J. 2010. « Perceived risk for cancer in an urban sexual minority », *International Journal of Behavior Medicine*, vol. 34, n° 3, p. 157-169.

Burkhalter, J.-E. ; Margolies, L. ; Sigurdsson, H.-O. ; Walland, J. ; Radix, A. ; Rice, D. ; Maingi, S. 2016. « The national lgbt cancer action plan: A white paper of the 2014 national summit on cancer in the lgbt Communities », *lgbt Health*, vol. 3, n° 1, p. 19-31.

Bury, M. 1982. « Chronic illness as a biographical disruption », *Sociology of Health and Illness*, vol. 4, n° 2, p. 167-182.

Butler, J. 2005. *Humain, inhumain, le travail critique des normes*, Paris, Éditions Amsterdam.

Butler, J. 2006. *Trouble dans le genre. Le féminisme et la subversion de l'identité* [trad. de l'américain par C. Kraus], Paris, La Découverte.

Butler, J. 2007. *Le récit de soi*, Paris, Puf (titre en anglais : *Giving an account of oneself*, trad. par B. Ambroise et V. Aucouturier).

Bylund, C. ; Makoul, G. 2002. « Empathic communication and gender in the physicianpatient encounter », *Patient Education and Counselling*, n° 48, p. 207-216.

Cahill, S. 2018. « Legal and policy issues for lgbt patients with cancer or at elevated risk of cancer », *Oncology Nursing*, vol. 34, n° 1, p. 90-98.

Calvez, M. 2004. *La prévention du sida. Les sciences sociales et la définition des risques*, Presses universitaires de Rennes.

Calvez, M. ; Paicheler, G. ; Souteyrand, Y. (sous la direction de). 1994. *Connaissances, représentations, comportements : les sciences sociales et la prévention du sida*, Paris, Agence nationale de recherche sur le sida.

Canguilhem, G. 1966. *Le normal et le pathologique*, Paris, Puf.

Canguilhem, G. 2002. *Écrits sur la médecine*, Paris, Le Seuil.

Carby, H. 2007. « Femme blanche écoute ! Le féminisme noir et les frontières de la sororité », dans E. Dorlin (sous la direction de), *Black Feminism. Anthologie du féminisme africain-américain*, Paris, L'Harmattan.

Carricaburu, D. ; Ménoret, M. 2004. *Sociologie de la santé. Institutions, professions et maladies*, Paris, Armand Colin.

Casper, M.-J. ; Clarke, A.-E. 1998. « Making Pap smear into the 'right tool' for the job: Cervical cancer screening in the usa, circa 1940-1995 », *Social Studies of Science*, vol. 28, n° 2, p. 255-290.

Cathcart-Rake, E. 2018. « Cancer in sexual and gender minority patients: Are we addressing their needs ? », *Current Oncology Reports*, vol. 20, n° 11, p. 18.

Chapple, A. ; Ziebland, S. 2002. « Prostate cancer: Embodied experience and perceptions of masculinity », *Sociology of Health and Illness*, vol. 24, n° 6, p. 820-841.

Charif, A. ; Bouhnik, A.-D. ; Rey, D. ; Mancini, J. 2015. « Satisfaction with fertility and sexuality-related information in young women with breast cancer—elipse40 Cohort », *bmc Cancer*, vol. 15, n° 1, p. 572-583.

Chartrain, C. 2009. « Pour une promotion de la santé lesbienne. État des lieux des recherches, enjeux et propositions », *Genre, sexualité et société*, n° 1, [en ligne : <https://journals.openedition.org/gss/951>].

Chartrain, C. (sous la direction de). 2013. « Les jeunes face aux discriminations liées à l'orientation sexuelle et au genre : agir contre les lgbt-phobies », *Cahiers de l'action*, n° 40.

Chassain, A. ; Clohec, P. ; Le Meur, C. ; Lenormand, M. ; Trégan, M. 2016. « Approches expérientielles du fait minoritaire », *Tracés. Revue de sciences humaines*, n° 30, p. 7-26, [en ligne : <https://journals.openedition.org/traces/6397#quotation>].

Clark, L. ; Holcombe, C. ; Hill, J. ; Krespi-Boothby, M.-R. ; Fisher, J. ; Seward, J. ; Salmon P. 2011. « Sexual abuse in childhood and post-operative depression in women with breast cancer who opt for immediate reconstruction after mastectomy », *Annals of the Royal College of Surgeons of England*, vol. 93, n° 2, p. 106-10.

Clarke, A.-E. ; Shim, J.-K. ; Mamo, L. ; Fosket, J.-R. ; Fishman, J.-R., 2003, « Biomedicalization: Technoscientific transformations of health, illness, and US biomedicine », *American Sociological Review*, vol. 68, n° 2, p. 161-194.

Cognet, M. 2017, « Du traitement différentiel à la discrimination raciste dans les pratiques cliniques », *Les cahiers de la lcd*, vol. 3, n° 5, p. 25-42.

Cohen, P. ; Sarradon-Eck, A. ; Rossi, I. ; Schmitz, O. ; Legrand, É. 2015. *Cancer et pluralisme thérapeutique : enquête auprès des malades et des institutions médicales en France, Belgique et Suisse*, Paris, L'Harmattan.

Collectif de Boston pour la santé des femmes. 1977. Notre corps nous-mêmes, Paris, Albin Michel.

Connell, R.-W. 1987. Gender and Power: Society, the Person and Sexual Politics, Londres, Polity.

Connell, R.-W. 2002. « On hegemonic masculinity and violence: Response to Jefferson and Hall », Theoretical Criminology, vol. 6, n° 1, p. 89-99.

Connell, R.-W. 2005 [1995]. Masculinities, Berkeley, University of California Press.

Connell, R.-W. 2014. Masculinités. Enjeux sociaux de l'hégémonie, Paris, Amsterdam.

Corbin, A. 1982. Le miasme et la jonquille. L'odorat et l'imaginaire social (xviiiè-xixè siècles), Paris, Aubier Montaigne.

Corbin, J. ; Strauss, A. 1988. Unending Work and Care: Managing Chronic Illness at Home, San Francisco, Jossey-Bass.

Courtenay, W. 2000. « Constructions of masculinity and their influence on well-being: A theory of gender and health », Social Science & Medicine, vol. 50, n° 10, p. 1385-1401.

Crenshaw, K. 1991. « Mapping the margins: Intersectionality, identity politics, and violence against women of color », Stanford Law Review, vol. 43, n° 6, p. 1241-1299.

Cresson, G. 2001. Le travail sanitaire profane dans la famille : analyse sociologique, thèse pour l'habilitation à diriger des recherches en sociologie, Paris, ehess.

Cresson, G. ; Gadrey, N. 2004. « Entre famille et métier : le travail du care », Nouvelles questions féministes, vol. 23, n° 3, p. 26-41.

Cunin, E. 2001. « La compétence métisse. Chicago sous les tropiques ou les vertus heuristiques du métissage », Sociétés contemporaines, n° 42, p. 7-24.

Dagorn, J. ; Alessandrin, A. 2015. « Être une fille, un gay, une lesbienne ou un.e trans au collège et au lycée », Le sujet dans la cité, vol. 6, n° 2, p. 140-149.

Dagorn, J. ; Alessandrin, A. 2018. « La santé des Igbti à l'école », L'école des parents, n° 627, p. 43-46.

Dale, W. ; Sartor, S. ; Davis, T. ; Bennett, C.-L. 1999. « Understanding barriers to the elderly detection of prostate cancer among men of lower socioeconomic status », Prostate Journal, vol. 1, n° 4, p. 176-184.

Damaskos, P. ; Amaya, B. ; Gordon, R. ; Walters, C. 2018. « Intersectionality and the lgbt cancer patient », Oncology Nursery, vol. 34, n° 1, p. 30-36.

Dares. 2015. « Ségrégation professionnelle et écarts de salaires femmes-hommes », n° 82 [en ligne : <https://dares.travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/2015-082.pdf>].

Da Silva, P. 2013. Histoire de la recherche de substances naturelles à activités thérapeutiques, thèse d'épistémologie et histoire des sciences et des techniques, université Bordeaux 1.

Dayer, C. 2014. « Transcolarité », dans K. Espineira, M.-Y. Thomas et A. Alessandrin (sous la direction de), *Tableau noir : les transidentités et l'école*, Paris, L'Harmattan, p. 13-17.

Dayer, C. 2016. « Socialisation en négatif : des situations de vulnérabilité aux conditions d'apprentissage », *Tréma – Revue internationale en sciences de l'éducation et didactique*, n° 46, p. 51-61.

Dayer, C. 2017. *Le pouvoir de l'injure. Guide de prévention des violences et des discriminations*, La Tour d'Aigues, Éditions de l'Aube.

Derbez, B. ; Rollin, Z. 2016. *Sociologie du cancer*, Paris, La Découverte. Delphy, C. 2001. *L'ennemi principal. 2. Penser le genre*, Paris, Syllepse. Delpierre, C. ; Lamy, S. ; Kelly-Irving, M. ; Molinié, F. ; Velten, M. ; Tretarre, B. ; Woronoff, A.-S. ; Buemi, A. ; Lapôte-Ledoux,

B. ; Bara, S. ; Guizard, A-V. ; Colonna, M. ; Grosclaude, P. 2013. « Life expectancy estimates as a key factor in over-treatment: The case of prostate cancer », *Cancer Epidemiology*, vol. 37, n° 4, p. 462-468.

Demazeux, S. 2013. *Qu'est-ce que le dsm ? Genèse et transformations de la bible américaine de la psychiatrie*, Paris, Ithaque.

Diedrich, L. 2007. *Treatments*, Minneapolis, University of Minnesota Press.

Dorlin, E. ; Fassin, E. (sous la direction de). 2010. *Reproduire le genre*, Paris, Bibliothèque publique d'information du Centre Pompidou.

Douglas, M. 1966. *Purity and Danger: An Analysis of Concepts of Pollution and Taboo*, Londres, Routledge.

Dowsett, G.-W. 2008. « 'Losing my chestnut': One gay man's wrangle with prostate cancer », *Reproductive Health Matters*, vol. 16, n° 32, p. 145-150.

Dresher, J. 2010. « Queer diagnoses: Parallels and contrasts in the history of homosexuality, gender variance, and the diagnostic and statistical manual (dsm) », *Archives of Sexual Behavior*, n° 39, p. 427-460.

Dubet, F. 2001. *Sociologie de l'expérience*, Paris, Le Seuil.

Dubet, F. 2017. *L'expérience sociologique*, Paris, La Découverte.

Duffy, M. 2005. « Reproducing labor inequalities: Challenges for feminists conceptualizing care at the intersections of gender, race, and class », *Gender & Society*, vol. 19, n° 1, p. 66-82.

Duguet, E. ; Le Clainche, C. 2016. « Une évaluation de l'impact de l'aménagement des conditions de travail sur la reprise du travail après un cancer », *Revue économique*, vol. 67, n° 1, p. 49- 80 [en ligne : <https://doi.org/10.3917/reco.pr2.0053.372>].

Dziengel, L. 2014. « Renaming, reclaiming, renewing the self: Intersections of gender, identity, and health care », *Affilia: Journal of Women and Social Work*, vol. 29, n° 1, p. 105-110.

Edelman, N. 2003. « Discours médical et construction des catégories homme/femme, masculin/féminin », *Revue internationale*, n° 6 [en ligne : 2003/06 – <http://www.sens-public.org/spip.php?article9>].

Edelman, N. 2003. *Les métamorphoses de l'hystérique. Du début du xix^e siècle à la Grande Guerre*, Paris, La Découverte.

Ehrenberg, A. 2005. « Agir de soi-même », *Esprit*, p. 200-209.

Eribon, D. 1999. *Reflexions sur la question gay*, Paris, Flammarion.

Eribon, D. (sous la direction de). 2003. *Dictionnaire des cultures gays et lesbiennes*, Paris, Larousse.

Fassin, D. 1996. *L'espace politique de la santé. Essai de généalogie*, Paris, Puf.

Fassin, D. 1998. « Les politiques de la médicalisation », dans P. Aïach et D. Delanoë, (sous la direction de), *L'ère de la médicalisation. Ecce homo sanitas*, Paris, Economica, p. 1-13.

Fassin, D. 2000a. « Politiques de la vie et politiques du vivant. Pour une anthropologie de la santé », *Anthropologie et sociétés*, numéro spécial « Terrains d'avenir », vol. 24, n° 1, p. 95-116.

Fassin, D. 2000b. « Repenser les enjeux de santé autour de l'immigration », *Hommes et migrations*, n° 1225, p. 5-12.

Fassin, D. 2000c. « Le culturalisme pratique de la santé publique. Critique d'un sens commun », dans J.-P. Dozon et D. Fassin (sous la direction de), *Critique de la santé publique*, Paris, Balland, p. 181-208.

Fassin, D. 2010. *Sexe, race, classe, pour une épistémologie de la domination*, Paris, Puf.

Fassin, D. 2011. *Sexe, genre et sexualités*, Paris, Puf.

Faulkner, A. 2010. « Trial, trial, trial again: Reconstructing the gold standard in the science of prostate cancer detection », dans C. Will et T. Moreira (sous la direction de), *Medical Proof/Social Experiments: Clinical Trials in Shifting Contexts*, Farnham, Ashgate, p. 137-152.

Fay, C. 1999. « Du “culturel”, de l’“universel” ou du “social” ? Penser le sida et la prévention au Mali », dans C. Becker, J.-P. Dozon et coll. (sous la direction de), *Vivre et penser le sida en Afrique [Experiencing and Understanding Aids in Africa]*, Paris, Codesria-Karthala-ird, p. 277-298.

Fentiman, I. 2017. *Male Breast Cancer*, New York, Springer International. Ferrand-Bechmann, D. 2011. *Les bénévoles face au cancer*, Bruxelles, Desclée de Brouwer.

Filiault, S. ; Drummond, M. ; Smith A. 2008. « Gay men and prostate cancer : Voicing the concerns of a hidden population », *Journal of Men’s Health*, vol. 5, n° 4, p. 327-332.

Fobair, P. ; O’Hanlan, K. ; Koopman, C. ; Classen, C. ; Dimiceli, S. ; Drooker, N. ; Warner, D. et coll. 2001. « Comparison of lesbian and heterosexual women’s response to newly diagnosed breast cancer », *Psycho-Oncology*, vol. 10, n° 1, p. 40-51.

Foss, C. 2002. « Gender bias in nursing care ? Gender-related differences in patient satisfaction with the quality of nursing care », *Scandinavian Journal of Caring*, n° 16, p. 19-26.

Frazer, J.-G. 1984. *Les rameaux d’or*, Paris, Robert Laffont.

Freidson, E. 1984. *La profession médicale*, Paris, Payot.

Gadamer, H-G. 1998. *Philosophie de la santé*, Paris, Grasset-Mollat.

Gallioz, S. 2006. « Force physique et féminisation des métiers du bâti-ment », *Travail, genre et sociétés*, n° 16, p. 97- 114 [en ligne : [https:// doi.org/10.3917/tgs.016.0097.374](https://doi.org/10.3917/tgs.016.0097.374)].

Gardey, D. ; Löwy, I. 2000. *L’invention du naturel : les sciences et la fabrication du féminin et du masculin*, Paris, Éditions des archives contemporaines.

Gardner, K.-E. 2006. *Early Detection: Women, Cancer, and Awareness Campaigns in the Twentieth-Century United States*, Chapel Hill, University of North Carolina Press.

Giami, A. 2004. « De l’impuissance à la dysfonction érectile. Destins de la médicalisation de la sexualité », dans D. Fassin et D. Memmi (sous la direction de), *Le gouvernement des corps*, Éditions de l’École des hautes études en sciences sociales, p. 77-108.

Gibbon, S. 2007. *Breast Cancer Genes and the Gendering of Knowledge: Science and Citizenship in the Cultural Context of the ‘New’ Genetics*, Londres, Palgrave Macmillan.

Gibbon, S. ; Carlos, N. (sous la direction de). 2008. *Biosocialities, Gene-tics and the Social Sciences: Making Biologies and Identities*, Londres, Routledge.

Gibson, A. ; Radix, A. ; Maingi, S. ; Patel, S. 2017. « Cancer care in lesbian, gay, bisexual, transgender and queer populations », *Future Oncology*, vol. 13, n° 15, p. 1333-1344.

Gilligan, C. 2008. *Une voix différente*, Paris, Flammarion.

Girard, G. 2013. Les homosexuels et le risque du sida. Individu, commu-nauté et prévention, Presses universitaires de Rennes.

Girard, G. ; Bergoudo, F. 2017. La fin du sida est-elle possible ?, Patris, Textuel.

Giraud, M. 1979. Races et classes à la Martinique, Paris, Anthropos.

Giroux, É. 2009. « Définir objectivement la santé : une évaluation du concept biostatistique de Boorse à partir de l'épidémiologie moderne », Revue philosophique de la France et de l'étranger, n° 1 (tome 134), p. 35-58.

Godelier, M. 1982. La production des grands hommes, Paris, Fayard.

Gordon, D.-R. ; Eugenio P. 1997. « Disclosure practices and cultural narratives: Understanding concealment and silence around cancer in Tuscany, Italy », Social Science and Medicine, vol. 44, n° 10, p. 1433-1452.

Gori, R. ; Del Volgo, M.-J. 2004. La santé totalitaire, Paris, Denoël.

Gray, R. ; Fitch, M. ; Fergus, K. ; Mykhalovkiy, E. ; Church, K. 2002. « Hegemonic masculinity and the experience of prostate cancer: Narrative approach », Journal of Aging and Identity, n° 7, p. 43-62.

Gray, R. ; Fitch, M. ; Phillips, C. ; Labrecque, M. ; Fergus, K. 2000. « To tell or not to tell: Paterns of disclosure among men with pros-tate cancer », Psycho-Oncology, n° 9, p. 273-282.

Greco, C. 2016a. « Shining a light on the grey zones of gender construc-tion: Breast surgery in France and Italy », Journal of Gender Studies, vol. 25, n° 3, p. 303-317.

Greco, C. 2016b. « Vivre avec un corps asymétrique. Mastectomie, résis-tances et réappropriation », Cahiers du genre, n° 60, p. 81-99.

Green B. B. ; Taplin S.-H. 2003. « Breast cancer screening controver-sies », Journal of the American Board of Family Medicine, vol. 16, n° 3, p. 233-241.

Grindel, C.-G. ; Mcgehee, L. ; Patsdaughter, C. ; Roberts, S. 2006. « Cancer prevention and screening behaviors in lesbians », Women and Health, vol. 44, n° 2, p. 15-39.

Grmek, M.D. 1969. « Préliminaires d'une étude historique des mala-dies », Annales esc, vol. 24, n° 6, p. 1473-1483.

Grmek, M.D. 1999-2014. « Le concept de maladie », dans Histoire de la pensée médicale en Occident ; vol.1 : Antiquité et Moyen Âge, 2014 ; vol. 2 : De la Renaissance aux Lumières, 2014 ; vol. 3 ; Du romantisme à la science moderne 1999.

Gros, D. 1994. Les seins aux fleurs rouges, Paris, Stock.

- Gros, D. 2009. *Cancer du sein, entre raison et sentiments*, Paris, Springer Verlag France.
- Guillaumin, C. 1992. *Sexe, race et pratique du pouvoir : l'idée de nature*, Paris, Indigo & Côté-femmes.
- Guthrie, C. 2018. *Flat: Reclaiming my Body from Breast Cancer*, New York, Skyhorse Publishing.
- Hackshaw, A.-K. ; Paul E.-A. 2003. « Breast self examination and death from breast cancer: A meta-analysis », *British Journal of Cancer*, vol. 88, n° 7, p. 1047-1053.
- Hall, L. 1997. « Re-figuring marked bodies on the borders: Breast cancer and 'femininity' », *International Journal of Sexuality and Gender Studies*, vol. 2, n° 2, p. 101-21.
- Hammer, R. 2010. *Expériences ordinaires de la médecine: confiances, croyances et critiques profanes*, Zurich, Éditions Seismo
- Heck, J. et coll. 2010. « Sexual behaviours and the risk of head and neck cancers: A pooled analysis », *Int J. Epidemiol*, n° 39, p. 166-181.
- Héquet, D. et coll. 2013. « Reasons of not having breast reconstruction: A historical cohort of 1937 breast cancer patients undergoing mastectomy », *SpringerPlus*, n° 2, p. 325 [en ligne].
- Herzlich, C. 1995. « Les difficultés de constitution d'une cause », *Sciences sociales et santé*, vol. 13, n° 4, p. 39-44.
- Herzlich, C. 2005. *Santé et maladie. Analyse d'une représentation sociale*, Paris, École des hautes études en sciences sociales.
- Herzlich, C. ; Pierret, J. 1984. *Malade d'hier, malade d'aujourd'hui*. Paris, Payot.
- Hiestand, K.-R. ; Horne, S.-G. ; Levitt, H.-M. 2007. « Effects of gender identity on experiences of healthcare for sexual minority women », *Journal of LGBT Health Research*, vol. 3, n° 4, p. 15-27.
- Hirschon, R. 2007. « Imported individuals and indigenous persons: Changing paradigms of personal identity in contemporary Greece », *Ethnologia*, n° 13, p. 217-237.
- Hœrni, B. (sous la direction de). 2006. *Dictionnaire des cancers. Histoire, Science, Médecine, Société*, Paris, Éditions Frison-Roche.
- Horgues-Debat, J. 2009. « Le rôle des associations pour le développement des services à la population en milieu rural », *Pour*, vol. 2, n° 201, p. 149-153.
- Howyan Gros, C.-J. 1989. *Le traitement psychologique dans la maladie cancéreuse*, thèse de sciences de l'éducation, Paris, université Paris VIII.

Hunt, K. ; Macintyre, S. 2000. « Genre et inégalités sociales en santé », dans D. Fassin (sous la direction de), *Les inégalités sociales de santé*, Paris, La Découverte, p. 363- 375 [en ligne : <https://www.cairn.info/ les-inegalites-sociales-de-sante--9782707132475-page-363.htm>].

INCa. 2014. *La vie deux ans après un diagnostic de cancer. De l'annonce à l'après cancer*, Paris, inca [en ligne].

INCa. 2018. *La vie cinq ans après un diagnostic de cancer*, Paris, inca [en ligne].

Institute Of Medicine. 2011. *The Health of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender People: Building a Foundation for Better Understanding*, National Academies Press, Washington.

Jedrzejewski, T. (sous la direction de). 2016. *Enquête gays et lesbiennes. Médecine générale*, Paris, inpes.

Johnstone E.-B. ; Baines, J. 2015. *The Changing Faces of Childhood Cancer: Clinical and Cultural Visions Since 1940*, Basingstoke, Palgrave Macmillan.

Joynt, C ; Bryson, M.-K. 2013. « Under the skin; Imag(in)ing medicines queer pedagogies as moving pictures », *No More Potlucks*, Fall.

Joynt, C. ; Mary, B. 2012. *Resisterectomy*, consulté le 27 septembre, 2018 [en ligne : <https://www.chasejoynt.com/resisterectomy>].

Kamen, C. ; Smith-Stoner, M. ; Heckler, C. ; Flannery, M. ; -Margolies, L. 2015. « Social support, self-rated health, and lesbian, gay, bisexual, and transgender identity disclosure to cancer care providers », *Oncology Nursing Forum*, vol. 42, n° 1, p. 44-51.

Kampriani, E. 2009. « Between religious philanthropy and individualised medicine: Situating inherited breast cancer risk », *Greece Anthropolgy & Medicine*, vol. 16, n° 2, p. 165-178.

Karakasidou, A. 2007. « The bio-politics of cancer: Experience, social metaphor and authoritative knowledge », *Archeologia & Technes*, n° 105, p. 55-62.

Kenerson, D. 2010. *Use of the Theory of Planned Behavior to Assess Prostate Cancer Screening Intent among African American Men*, thèse Vanderbilt University.

King, S. 2006. *Pink Ribbons, Inc. Breast Cancer and the Politics of Philanthropy*, Minneapolis, University of Minnesota Press.

Kivits, J. ; Fournier, C. ; Mino, J.-C. et coll. 2013. « Jalons pour une recherche interdisciplinaire en santé et en sciences humaines et sociales : apports d'un séminaire de recherche », *Santé publique*, n° 5, vol. 25, p. 579-586.

Klawiter, M. 2004. « Breast cancer in two regimes: The impact of social movements on illness experiences », *Sociology of Health and Illness*, vol. 26, n° 6, p. 845-874.

Knobé, S. 2015. « Une publicisation entre-soi : quand les patients atteints de cancer prennent la parole », dans A. Meidani, É. Legrand, B. Jacques (sous la direction de), *La santé : du public à l'intime*, Paris, École des hautes études en santé publique, p. 69-81.

Kunkel, E. ; Bakker, J. ; Myers, R. ; Oyesablun, O. ; Gomella, L. 2000. « Biopsychosocial aspects of prostate cancer », *Psychosomatics*, n° 41, p. 85-94.

Lagrée, J. 2002. *Le médecin, le malade et le philosophe*, Paris, Bayard.

Laplantine, F. 2005. *La description ethnographique*, Paris, Armand Colin. Lauretis, T. de. 2007. *Théorie queer et cultures populaires*, Paris, La Découverte.

Le Blanc, G. 2004, *Les maladies de l'homme normal*, Paris, Éditions du passant.

Le Breton, D. 2015. *Disparaître de soi*, Paris, Éditions Métailié.

Le Feuvre, N. 2003. *Penser la dynamique du genre*, thèse pour l'habilitation à diriger des recherches, université Toulouse 2, 2 tomes.

Le Goff, J. ; Jean-Charles, S. 1985. *Les maladies ont une histoire*, Paris, Le Seuil.

Legrand, É. ; Meidani, A. 2018. « Les femmes salariées face aux risques toxiques pour la reproduction : genre, santé reproductive et risques professionnels », dans A. Meidani et A. Alessandrin (sous la direction de), *Parcours de santé. Parcours de genre*, Toulouse, Presses universitaires du Midi.

Legros, M. 2009. « Étude exploratoire sur les blogs personnels santé et maladie », *Santé publique*, n° 21, p. 41-51.

Lerner, B. 2001. *The Breast Cancer Wars: Hope, Fear, and the Pursuit of a Cure in Twentieth-Century America*, Oxford University Press.

Levy, J. et coll. 2011. *Minorités sexuelles, Internet et santé*, Québec, Presses de l'Université du Québec.

Lippel, K. 2015. *Reconnaissance des cancers d'origine 379 professionnelle au Québec* [en ligne : [https://ruor.uottawa.ca/bitstream/10393/38655/1/Reconnaissance %20des %20cancers %20d'origine %20professionnelle %20au %20Qu %C3 %A9bec.pdf](https://ruor.uottawa.ca/bitstream/10393/38655/1/Reconnaissance%20des%20cancers%20d'origine%20professionnelle%20au%20Qu%C3%A9bec.pdf)].

Littlewood, R. 2001. « Nosologie et classifications psychiatriques selon les cultures : les « syndromes liés à la culture », *L'autre*, vol. 3, n° 2, p. 441-466.

Lochlan Jain, S. 2007a. « Cancer butch », *Cultural Anthropology*, vol.22, n° 4, p. 501-538.

Lochlan Jain, S. 2007b. « Living in prognosis: Toward an elegiac politics », *Representations*, vol. 98, n° 1, p. 77-92.

Lochlainn Jain, S. 2013. , *Malignant. How Cancer Becomes Us*, Berkeley, University of California Press.

Lock, M. ; Young, A. ; Alberto, C. (sous la direction de). 2000. *Living and Working with the New Medical Technologies: Intersections of Inquiry*, Cambridge University Press.

Lorber, J. ; Moore, L. 2002. *Gender and the Social Construction of Illness*, New York, Altamira Press.

Lorde, A. 1980, *The Cancer Journals*, New York, Aunt Lute Books.

Loseke D.-R. 1997. « The whole spirit of modern philanthropy: The construction of the idea of charity, 1912-1992 », *Social Problems*, vol. 44, n° 4, p. 425-444.

Löwy, I. 2010. *Preventive Strikes. Women, Precancer and Prophylactic Surgery*, Baltimore, The John Hopkins University Press.

Löwy, I. 2011. *A Woman's Disease: The History of Cervical Cancer*, Oxford, Oxford University Press.

Löwy, L. 2013. « Le genre du cancer », *Clio. Femmes, Genre, Histoire*, n° 37, p. 65-83.

Lupton, D. 2012. *Medecine as Culture: Illness, Disease and the Body*, Londres, Sage Publications.

Malavolti, L. ; Paraponaris, A. ; Ventelou, B. 2008. « La reprise du travail après un diagnostic de cancer : un processus distinct entre hommes et femmes », dans A.-G., Le Corroller-Soriano, L. Malavolti,- C. Mermilliod (sous la direction de), *La vie deux ans après un diagnostic de cancer*, Paris, La Documentation française, Base documentaire bdsdp, Études et statistiques, p. 259-270.

Malet, J. 2009. « Les associations, source de vitalité du milieu rural ? », *Pour*, vol. 2, n° 201, p. 97-102.

Mane, P. ; Aggleton, P. 2001. « Gender and hiv/aids: What do men have to do with it ? » *Current Sociology*, vol. 6, n° 49, p. 23-37.

Margolies, L. ; Brown, C. 2018, « Current state of knowledge about cancer in lesbians, gay, bisexual and transgender (lgbt) people », *Seminars in Oncology Nursing*, vol. 34, n° 1, p. 3-11.

Marino, P. ; Sagaon Teyssier, L. ; Laetitia, M. ; Le Corroller--Soriano, A.-G. 2013. « Sex differences in the return-to-work process of cancer survivors 2 years after diagnosis: Results from a large french population-based sample », *Journal of Clinical Oncology*, vol. 31, n° 10, p. 1277- 1284 [en ligne : <https://doi.org/10.1200/JCO.2011.38.5401.388>].

Marshall, B. ; Katz, S. 2002. « Forever functional: Sexual fitness and the ageing male body », *Body and Society*, vol. 8, n° 43, p. 43-70.

Martro, E. et coll. 2007. « Risk factors for human herpesvirus 8 infection and aids-associated Kaposi's sarcoma among men who have sex with men in a European multicentre study », *International Journal of Cancer*, n° 120, p. 1129-1135.

Maruani, M. 2013. *Travail et genre dans le monde*, Paris, La Découverte [en ligne : <https://www.cairn.info/travail-et-genre-dans-le-monde-9782707174567.htm>. 390].

Maruani, M. 2017. *Travail et emploi des femmes*, Paris, La Découverte. Massé, R. 1995. *Culture et santé publique. Les contributions de l'anthropologie à la prévention et la promotion de la santé*, Montréal, Éditions Gaëtan Morin.

Massé, R. 2007. « Les sciences sociales face au défi de la santé publique », *Sciences sociales et santé*, vol. 25, n° 1, p. 5-23.

Massé, R. 2008. *Détresse créole. Ethno-épidémiologie de la détresse psychique à la Martinique*. Québec, Pul.

Mathieu, N.-C. 1985. « Quand céder n'est pas consentir. Des déterminants matériels et psychiques de la conscience dominée des femmes et de quelques-unes de leurs interprétations en ethnologie », dans N.-C. Mathieu (sous la direction de), *L'arrondissement des femmes. Essais en anthropologie des sexes*, Paris, éditions de l'École des hautes études en sciences sociales, p. 169-245.

Mathieu, N.-C. 1991. *L'anatomie politique. Catégorisations et idéologies du sexe*, Paris, Indigo & Côtés-femmes.

Mauss, M. 2009. « Les techniques du corps », dans M. Mauss, *Sociologie et anthropologie*, Paris, Puf, p. 363-386.

Mccall, L. 2005. « The complexity of intersectionality », *Signs*, vol. 30, n° 3, p. 1771-1800.

Meeuwesen, L. ; Bensing, J. ; Van Den Brink-Muinen, A. 2002. « Communicating fatigue in general practice and the role of gender », *Patient Education and Counseling*, n° 48, p. 233-242.

Meidani, A. (à paraître). « Cancer, soutien social et genre : des réseaux personnels mobilisés dans le cas de la maladie grave », *Sciences sociales et santé* (accepté).

Meidani, A. 2007. *Cancers et genre : des enjeux de prévention à l'adhésion aux soins, Rapport I pour l'inca*.

Meidani, A. 2008. « Le genre dans l'histoire de la maladie cancéreuse : le façonnement sociétal de la santé et ses inégalités », *Sociologie santé*, n° 28, p. 81-120.

Meidani, A. 2018. « Le cancer a-t-il un genre ? », dans A. Meidani et A. Alessandrin (sous la direction de), *Parcours de santé. Parcours de genre*, Toulouse, Presses universitaires du Midi.

Meidani, A. ; Alessandrin, A. 2017. « Cancers et transidentités : une nouvelle population à risques ? », *Sciences sociales et santé*, vol. 35, n° 1, p. 41-64.

Meidani, A. ; Alessandrin, A. (sous la direction de). 2018. *Parcours de santé, parcours de genre*, Toulouse, Presses universitaires du Midi.

Meidani, A. ; Alessandrin, A. 2019. « Quand le cancer rencontre le genre », *Revue française de sociologie*, vol. 60, n° 2, p. 201-224.

Meidani, A. ; Alessandrin, A. 2019. « La fabrique des corps sexués. Entre médicalisation et normalisation. La place du corps dans les trans studies en France », dans H. Martin et M. Roca i Escoda (sous la direction de), *Sexuer le corps. Huit études sur les pratiques médicales d'hier et d'aujourd'hui*, Lausanne, Éditions hetsl [en ligne].

Meidani, A. ; Cavalli S (sous la direction de). 2019. *Figures du vieillir et formes de déprise*, Toulouse, érès.

Meidani, A. ; Legrand, É. ; Jacques, B. (sous la direction de). 2015. *La santé : du public à l'intime*, Paris, École des hautes études en santé publique.

Membrado, M. 2006. « Les femmes dans le champ de la santé : de l'oubli à la particularisation », *Nouvelles questions féministes*, vol. 25, n° 2, p. 16-31.

Ménoret, M. 1999. *Les temps du cancer*, Paris, Éditions du cnrs.

Menvielle, G. ; Chastang, J.-F. ; Luce, D. ; Leclerc, A. ; pour le groupe edisc. 2007. « Évolution temporelle des inégalités sociales de mortalité en France entre 1968 et 1996. Étude en fonction du niveau d'études par causes de décès », *Revue d'épidémiologie et santé publique*, vol. 55, n° 2, p. 97-105.

Meslé, F. 2004. « Écart d'espérance de vie entre les sexes : les raisons du recul de l'avantage féminin », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, vol. 52, n° 4, p. 333-352.

Meyer, D. 2012. « An intersectional analysis of lesbian, gay, bisexual, and transgender (lgbt) people's evaluations of anti-queer violence », *Gender and Society*, vol. 26, n° 6, p. 849-873.

Miller, E. 1986. *The Marginalization of the Black Male: Insights from the Development of the Teaching Profession*, Kingston, Jamaica, Institute of Social and Economic Research.

Miller, E. 1991. *Men at Risk*, Kingston, Jamaica Publishing House.

Mol, A. 2002. *The Body Multiple: Ontology in Medical Practice*, Durham et Londres, Duke University Press.

Molinier, P. 2012. « Chirurgie : une mise à distance nécessaire des émotions ? », *Sciences sociales et santé*, n° 30, p. 99-103.

Molinier, P. 2016. « De la civilisation du travail à la société du care », *Vie sociale*, vol. 2, n° 14, p. 127-140.

Molinier, P. ; Laugier, S. ; Paperman, P. 2009. *Qu'est-ce que le care ?*, Paris, Payot.

Mongiat-Artus, P. ; Peyromaure, M. ; Richaud, P. ; Droz, J.-P. ; R-ainfray, M. ; Jeandel, C. ; Rebillard, X. ; Moreau, J.-L. ; Davin, J.-L. ; Salomon, L. ; Soulié, M. ; les membres du sous-comité prostate du comité cancérologie-association française d'urologie. 2009. « Recommandations pour la prise en charge du cancer de la prostate chez l'homme âgé : un travail du comité de cancérologie de l'association française d'urologie », *Progrès en urologie*, vol. 19, n° 11, p. 810-817.

Morin, E. 1973. *Le paradigme perdu : la nature humaine*, Paris, Le Seuil. Morin, T. ; Remila, N. 2013. « Le revenu salarial des femmes reste inférieur à celui des hommes », *insee*, n° 1436, [en ligne : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1280986>].

Moynihan, C. 2002. « Men, women, gender and cancer », *European Journal of Cancer Care*, vol. 11, n° 3, p. 166-172.

Nancy, J.-L. 2000. *L'intrus*, Paris, Éditions Galilée.

Nengeh Mensah, M. 2016. « Le témoignage comme stratégie d'intervention sociale et culturelle : l'expérience de personnes vivant avec le vih/sida », *Revue Intervention*, n° 143, p. 33-48.

Newton, E. 2008. « Le mythe de la lesbienne masculine : Radclyffe Hall et la Nouvelle Femme », *Cahiers du Genre*, n° 45, p. 15-42.

Nichter, M. ; Lock, M. (sous la direction de). 2002. *New Horizons in Medical Anthropology*, Londres, Routledge.

Nolte, K. 2008. « 'Carcinoma uteri' and 'debouchery-morality, cancer and gender in the nineteenth century' », *Social History of Medicine*, vol. 21, n° 1, p. 31-46.

Novas, C. ; Nikolas, R. 2000. « Genetic risk and the birth of the somatic individual », *Economy and Society*, vol. 29, n° 4, p. 485-513.

O'Brien, R. ; Hunt, K. ; Hart, G. 2007. « Standing out from the Herd: Men Renegotiating Masculinity in Relation to their Experience of Illness », *International Journal of Men's Health*, vol. 6, n° 3, p. 178-200.

O'grady, H. 2005. *Woman's Relationship with Herself : Gender, Foucault and Therapy*, New York, Routledge.

Obedin-Maliver, J. ; Goldsmith, E. ; Stewart, L. ; White, W. ; Tran, E. ; Brenman, S. ; Wells, M. ; Fetterman, D. ; Garcia, G. ; Lunn, M. 2011. « Lesbian, gay, bisexual and transgender-related

content in undergraduate medical education », *Journal of the American Medical Association*, vol. 306, n° 9, p. 971-977.

Observatoire sociétal des cancers. 2014. Cancer du sein. Se reconstruire après une mastectomie, La ligue, Rapport 2014, [en ligne : https://www.ligue-cancer.net/sites/default/files/docs/observatoire_societal_des_cancers_rapport_2014.pdf]

Oliffe, J.-L. 2011. « Positioning prostate cancer as the problematic third testicle », dans A. Broom et P. Tovey (sous la direction de), *Men's Health and Illness. Body, Identity and Social Context*, West Sussex, Wiley-Blackwell, p. 33-62.

Ortner, S.-B. 1972. « Is female to male as nature is to culture ? », *Feminist Studies*, vol. 1, n° 2, p. 5-31.

Pace, E. 1993. « Le retour du sacré », dans J.-A. Beckford et D. Hervieu-Léger (sous la direction de), *Religion et écologie*, Paris, Le Cerf, p. 197-213.

Paiva, M. 2012. « Des femmes invisibles », *Plein droit*, vol. 2, n° 93, p. 21- 24. [en ligne : <https://doi.org/10.3917/pld.093.0021>].

Paiva, M. 2016. « De l'invisibilité des cancers d'origine professionnelle à l'invisibilisation des risques cancérigènes dans le travail des femmes. Une analyse à partir de l'enquête permanente du Groupe d'intérêt scientifique sur les cancers d'origine professionnelle-giscop93 », thèse de doctorat en sociologie, Paris, université Paris 8.

Parsons, T. 1991. *The Social System*, Londres, Routledge.

Pattison, S., McLaren, B. 2013. « Triple negative breast cancer in a male to female transsexual », *Internal Medicine Journal*, vol. 43, n° 2, p. 203-205.

Patton, C. 2007. « Mobile knowledge: hiv patients' encounters with endocrinology », *Canadian Journal of Communication*, vol. 32, n° 3/4, p. 335-355.

Paul, L. et coll., 2014. « Support needs and resources of sexual minority women with breast cancer », *Psycho-Oncology*, vol. 23, n° 5, p. 578-584.

Peitzmeier, S.-M. ; Reisner, S.-L. ; Harigopal, P. ; Potter, J. 2014. « Female-to-male patients have high prevalence of unsatisfactory paps compared to non-transgender females: Implications for cervical cancer screening », *Journal of General Internal Medicine*, vol. 29, n° 5, p. 778-784.

Peretti-Wattel, P. 2001. *La société du risque*, Paris, La Découverte.

Peterson, S. 2003. *A Critical Rewriting of Global Political Economy: Integrating Reproductive, Productive and Virtual Economies*, Londres, Routledge.

Piccard, L. 2013. « Du syndrome prémenstruel au trouble dysphorique prémenstruel. Façonnements locaux de catégories diagnostiques et reconfiguration des représentations sur

la vulnérabilité des femmes », dans F. Knittel et P. Raggi (sous la direction de), *Genre et techniques. xixe-xxie siècles*, Presses universitaires de Rennes, p. 141-151.

Pierret, J. 2006. *Vivre avec le vih. Enquête de longue durée auprès des personnes infectées*, Paris, Puf.

Pierret, J. 2007. « Une analyse en termes de carrières : le cas de personnes traitées par des antirétroviraux hautement actifs contre le vih entre 1998 et 2000 », *Sciences sociales et santé*, vol. 25, n° 2, p. 73-99.

Pillot, A. 1992. *Vivre le cancer. Étude psychosociologique de l'univers des malades atteints de cancer*, thèse de sociologie, Grenoble, université Pierre-Mendès-France.

Plummer, D. ; McLean, A. ; Simpson, J. 2008. « Has learning become taboo and is risk-taking compulsory for caribbean boys? Researching the relationship between masculinities, education and risk », *Caribbean Review of Gender Studies*, n° 2 [en ligne : <https://sta.uwi.edu/crgs/september2008/abstracts/DPlummerAMcleanJ-Simpson.pdf>].

Polite, B.-N. ; Adams-Campbell, L. ; Brawley, O.-W. ; Bickell, N. ; Carethers, J.-M. ; Flowers, C.-R. ; Foti, M. et coll. 2017. « Charting the future of cancer health disparities research: A position statement from the American Association for Cancer Research, the American Cancer Society, the American Society of Clinical Oncology, and the National Cancer Institute », *Journal of Clinical Oncology*, vol. 35, n° 26, p. 3075-3082.

Pollak, M. 1988. *Les homosexuels et le sida. Sociologie d'une épidémie*, Paris, Métailié.

Potts, A. ; Tiefer, L. (sous la direction de). 2006. *Sexualities*, vol. 9, n° 3, London, Sage Publications.

Prearo, M. 2014. *Le moment politique de l'homosexualité. Mouvements, identités et communautés en France*, Presses universitaires de Lyon.

Preos [Prévenir le rejet basé sur l'orientation sexuelle et l'identité de genre chez les jeunes]. 2012. *Rapport du groupe santé, Vers l'égalité des chances en matière de santé pour les personnes lgbt : le rôle du système de santé. État des lieux et recommandations* [en ligne].

Printz, C. 2015. « Risk assessment: Physicians discuss motivations for rising rates of prophylactic mastectomies », *Cancer*, vol. 121, n° 11, p. 1721-1722.

Pujol, P. 2012. « État de l'art des recommandations actuelles pour la chirurgie prophylactique », dans M. Namer, M. Héry, M. Spielmann, J. Gligorov, F. Penault-Llorca (sous la direction de), *Cancer du sein. Compte rendu du 12e cours supérieur francophone de cancérologie*, Nice/Saint-Paul-de-Vence, Springer.

Quinn, G. 2015a. « Cancer and lesbian, gay, bisexual, transgender/Trans-sexual, and queer/questioning populations (lgbtq) », *Canadian Cancer Journal Clinic*, vol. 65, n° 5, p. 384-400.

Quinn, G. 2015b. « The importance of disclosure : lesbian, gay, bisexual, transgender/transsexual, queer/questioning, and intersex individuals and the cancer continuum », *Cancer*, vol. 121, n° 8, p. 1160-1163.

Rabinow, P. 1996. *Artificiality and Enlightenment: From Socio-Biology to Biosociality. Essays on the Anthropology of Reason*, Princeton University Press, p. 91-111.

Radcliffe, S. ; Laurie, N. ; Andolina, R. 2004. « The transnationalization of gender and reimagining Andean indigenous development », *Signs*, n° 29, p. 387-416.

Rail, G. ; Bryson, M.-K. ; Hart, T.-L. ; Gahagan, J. ; Ristock, J. 2017. « Proyecto Cancer's Margins: minorías sexuales, asistencia oncológica, conocimiento y subjetividades », dans A. Porroche--Escudero ; G. Coll-Planas et C. Riba (sous la direction de), *Cica-trices (in)visibles: Perspectivas feministas sobre el cáncer de mama*, Barcelona, Edicions Bellaterra, p. 71–82.

Rail, G. ; Bryson, M.-K. ; Hart, T.-L. ; Gahagan, J. ; Ristock, J. 2019. « Artivisme lesbien et queer en marge du cancer : de l'importance des savoirs subjugués », dans D. Bourque et J. Coulombe (sous la direction de), *artivismes lesbiens à l'ère de la mondialisation*, Montréal, Les Éditions sans fin [Never Ending Press].

Rail, G. ; Molino, L. ; Fusco, C. ; Norman, M.-E. ; Petherick, L. ; Polzer, J. ; Moola, F. ; Bryson, M. 2018. « hpv vaccination campaigns and the discursive construction of "at-risk" girls », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 109, n° 5, p. 622-632.

Richard, G. 2015. « The pedagogical practices of Québec high school teachers relative to sexual diversity », *Journal of LGBT Youth*, vol. 12, n° 2, p. 113-143.

Riese, W. 1953. *The Conception of Disease: Its History, Its Versions, and Its Nature*, New York, Philosophical Library.

Robertson, A. 2001. « Biotechnology: Political rationality and discourses on health risk », *Health*, vol. 5, n° 3, p. 293-309.

Rosario, M. ; Schrimshaw, E. ; Hunter, J. 2008. « Butch/femme differences in substance use and abuse among young lesbian and bisexual women: Examination and possible explanations », *Substance Use and Misuse*, n° 43, p. 1002-1015.

Rosende, M. ; Schoeni, C. 2012. « Seconde partie de carrière, régime de retraite et 399 inégalités de sexe », *Revue française des affaires sociales*, n° 2, p. 130- 147.

Rosenfeld, D. ; Faircloth, C. 2006. *Medicalized Masculinities*, Philadelphia, Temple University Press.

Rouëssé, J. 2011. *Une histoire du cancer du sein en Occident : enseignements et réflexions*, Paris, Springer.

Rozet, F. ; Hennequin, C. ; Beauval, J.-B. ; Beuzeboc, P. ; Cormier, L. ; Fromont, G. ; Mongiat-Artus, P. ; Ouzzane, A. ; Ploussard, G. ; Azria, D. ; Brenot-Rossi, I. ; Cancerl-Tassin, G. ;

Cussenot, O. ; Lebret, T. ; Rebillard, X. ; Soulié, M. ; Renard-Penna, R. ; Méjean, A. 2016. « Recommandations en onco-urologies 2016-2018 du Comité de cancérologie de l'Association française d'urologie, cancer de la prostate », Progrès en urologie, vol. 27, n° 1, p. 95-143.

Ruault, L. 2016. « La circulation transnationale du self-help féministe : acte 2 des luttes pour l'avortement libre ? », Critique internationale, vol. 70, n° 1, p. 37-54.

Salle, M. ; Vidal, C. 2017. Femmes et santé : encore une affaire d'homme ?, Paris, Belin.

Scanlon, M. ; Blaes, A. ; Geller, M. ; Majhail, N.-S. ; Lindgren, B. ; Haddad, T. 2012. « Patient satisfaction with physician discussions of treatment impact on fertility, menopause and sexual health among pre-menopausal women with cancer », Journal of Cancer, vol. 3, n° 1, p. 217-225.

Scheim, A.-I. ; Bauer, G.-R. 2013. Breast and Cervical Cancer Screening Among Trans Ontarians, Toronto, Trans pulse and the Canadian Cancer Society.

Scheper-Hughes, N. ; Lock, M.-M. 1987. « The mindful body: A prolegomenon to future work in medical anthropology », Medical Anthro-pology Quarterly, vol. 1, n° 1, p. 6-41.

Schiebinger, L. 1993. Nature's Body. Gender in the Making of Modern Science, New Brunswick, NJ, Rutgers University Press.

Schmittiel, J. ; Grumbach, K. ; Selby, J. ; Quesenberry, C. 2000. « Effect of physician and patient gender concordance on patient satisfaction and preventive care practice », Journal of General Internal Medicine, n° 15, p. 761-769.

Sentis, I. 2020. « Mon corps, moi-même », dans A. Alessandrin, J. Dagorn, A. Meidani, G. Richard et M. Toulze (sous la direction de), Santé LGBT, Bord de l'eau.

Serviant-Fine, T. 2017, Une approche rationnelle de la chimiothérapie : histoire des antimétabolites (1935-1955), thèse d'épistémologie et histoire des sciences et des techniques, Lyon, université Claude-- Bernard Lyon 1.

Sinding, C. ; Barnoff, L. ; Grassau, P. 2004. « Homophobia and hetero- sexism in cancer care: The experiences of lesbians », Canadian Journal of Nursing Research, vol. 36, n° 4, p. 171-188.

Sinding, C. ; Grassau, P. ; Barnoff, L. 2006. « Community support, community values: The experiences of lesbians diagnosed with cancer », Women and Health, vol. 44, n° 2, p. 59-79.

Skloot, R. 2010. The Immortal Life of Henrietta Lacks, New York, Crown Publishers.

Spurlin, W. 2018. « Queer theory and biomedical practice : The bio- medicalization of sexuality/the cultural politics of biomedicine », Journal of Medical Humanities [en ligne : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30073625>].

Stratonovitch, C. 2009. « Genre et médecine », *Chimères*, vol. 1, n° 69, p. 135-147 [en ligne : <https://www.cairn.info/revue-chimeres-2009-1-page-135.htm>].

Strauss, A. 1992. *La trame de la négociation, textes réunis et présentés par I. Baszanger*, Paris, L'Harmattan.

Strauss, A.-L ; Corbin, J. ; Fagerhaugh, S. ; Glaser, B.-G. ; Maines, D. ; Suczeck, B. ; Wiener, C.-L. 1975. *Chronic Illness and the Quality of Life*, Saint-Louis, C.V. Mosby Co.

Street, R. 2002. « Gender differences in health care provider-patient communication: Are they due to style, stereotypes, or accommodation ? », *Patient Education and Counseling*, n° 48, p. 201-206.

Sulik, G. 2011. *Pink Ribbon Blues. How Breast Cancer Culture Undermines Women's Health*, Oxford University Press.

Tarantini, C. ; Gallardo, L. ; Peretti-Watel, P. 2014. « Travailler après un cancer du sein. Enjeux, contraintes et perspectives », *Socio-logie*, vol. 5, n° 2, p. 139-155.

Tavris, C. 1992. *The Mismeasure of Woman: Why Women Are Not the Better Sex, the Inferior Sex, or the Opposite Sex*, Londres, Reprint Edition, Kindle Edition

Taylor, E.-T. ; Bryson, M.-K. 2016. « Cancer's margins: Trans and gender nonconforming people's access to knowledge, experiences of cancer health, and decision-making », *Igbt Health*, vol. 3, n° 1, p. 79-89.

Temkin, O. 1945. *The Falling Sickness: A History of Epilepsy from the Greeks to the Beginnings of Modern Neurology*, Baltimore, John Hopkins Press.

Théry, I. 2016. *Mariage et filiation pour tous. Une métamorphose inachevée*, Paris, Le Seuil.

Thiaudière, C. 2002. *Sociologie du sida*, Paris, La découverte.

Thiers-Vidal, L. 2002. « De la masculinité à l'anti-masculinisme : penser les rapports sociaux de sexe à partir d'une position sociale oppressive », *Nouvelles questions féministes*, vol. 21, n° 3, p. 71-83.

Thompson, C. 2005. *Making Parents: The Ontological Choreography of*

Reproductive Technologies, Cambridge, Massachusetts Institute of

Technology Press.

Tiefer, L. 1994. « The medicalization of sexuality », *Annual Review of Sex Research*, n° 7, p. 252-282.

Tjepkema, M. 2008. « Health care use among gay, lesbian and bisexual Canadians. Statistics Canada, Catalogue 82-003 », *Health Reports*, vol. 19, n° 1, p. 53-64.

Toulze, M. ; Meidani, A. (sous la direction de). 2017. « Santé et discriminations », Les cahiers de la Lcd-Lutte contre les discriminations, vol. 3, n° 5, p. 13-24.

Tresvaux du Fraval, F. 2013. Le dispositif d'annonce du cancer : reflet de l'évolution de la place du patient dans le système sanitaire français, thèse d'épistémologie et histoire des sciences et des techniques, Paris, université Paris 7.

Trigoni, M. ; Griffiths, F. ; Tsiftsis, D. et coll. 2008. « Mammography screening: Views from women and primary care physicians in Crete », *bmc Women's Health*, vol. 8, n° 20, p. 8-20, [en ligne : <https://doi.org/10.1186/1472-6874-8-20>].

Tronto, J. 1993. *Moral Boundaries. A Political Argument For an Ethic of Care*, New York-Londres, Routledge.

Tuppin, P. ; Leboucher, C. ; Dougé, M. ; Peyre-Lanquar, G. ; Gabach, P. ; Descotes, J.-L. ; Rebillard, X. 2016. « Dépistage individuel du cancer de la prostate chez les hommes de 40 ans et plus, France, 2009-2015. Données du système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n° 39-40, p. 700-706.

Ussher, J. 2013. « The experience and construction of changes to women's sexuality after breast cancer », dans D. Castaneda (sous la direction de), *The Essential Handbook of Women's Sexuality*, Londres, Praeger, p. 171-195.

Ussher, J. 2017. « Let's talk about gay sex: Gay and bisexual men's sexual communication with healthcare professionals after prostate cancer », *European Journal of Cancer Care*, vol. 26, n° 1, p. 1-12.

Vega, A. 2012. « La mort, l'oubli et les plaisirs. Les cheminements des patientes dans le cancer du sein », *Anthropologie et santé*, n° 4 [en ligne : <https://journals.openedition.org/anthropologiesante/861>].

Vidal, L. 1999. « Anthropologie d'une distance. Le sida, de réalités multi-ples en discours multiformes », *Autrepart*, n° 12, p. 19-36.

Vidal, L. 2000. « De connaissances en pratiques. Évaluer les risques du sida », dans J.-P. Dozon et D. Fassin (sous la direction de), *Critique de la santé publique*, Paris, Balland, p. 233-256.

Voegtli, M. 2004. « Du jeu dans le Je : ruptures biographiques et travail de mise en cohérence », *Lien social et politique*, n° 51, p. 145-158.

Waldby, C. 1996. *Aids and the Body Politic: Biomedicine and Sexual Difference*, Londres, sage Publications.

Wall, D. ; Kristjanson, L. 2005. « Men, culture and hegemonic masculinity: Understanding the experience of prostate cancer », *Nursing Inquiry*, vol. 12, n° 2, p. 87- 97.

Wassersug, R.-J. ; Oliffe, J.-L. 2009. « The social context for psycho-logical distress from iatrogenic gynecomastia with suggestions for its management », *The Journal of Sexual Medicine*, vol. 6, n° 4, p. 989-1000.

Weil-Olivier, C. 2008. *Vie de femmes : 50 ans d'avancées médicales*, Montrouge, J. Libbey Eurotext.

Yalom, M. 1997. *A History of the Breast*, New York, Ballantines Book. Young, I.-M. 1992. « Breasted experience: The look and the feeling », dans D. Leder, *On Female Experience: 'Throwing Like a Girl' and Other Essays*, Oxford University Press, p. 215-230.

Zahm, S.-H. ; Blair, A. 2003. « Occupational cancer among women: Where have we 401 been and where are we going ? », *American Journal of Industrial Medicine*, vol. 44, n° 6, p. 565- 575 [en ligne : <https://doi.org/10.1002/ajim.10270>].

Ziebland, S. ; Herxheimer, A. 2008. « How patients' experiences contribute to decision making: Illustrations from dipex », *Journal of Nursing Management*, vol. 16, n° 4, p. 433-439.

Zolesio, E. 2012. *Chirurgiens au féminin ? Des femmes dans un métier d'hommes*, Presses universitaires de Rennes.