

# Pour une analyse genrée des inégalités de santé

**M**algré un accès universel à un système de soins dans la plupart des pays européens, les inégalités sociales en matière de santé sont omniprésentes et ont augmenté ou sont restées stables au cours de la dernière décennie. Les inégalités sociales en matière de santé, qui représentent une injustice sociale particulièrement grave, sont une préoccupation croissante dans le débat public, attirant l'attention des chercheurs pour mieux les comprendre, et des décideurs politiques pour tenter de les limiter. Un important corpus de recherche a identifié un certain nombre de déterminants sociaux de santé, notamment la situation d'emploi, les expositions environnementales, ainsi que des caractéristiques sociales associées à un état de santé plus dégradé, comme le revenu, l'éducation, l'origine migratoire, tandis que d'autres recherches ont précisé le rôle du système de soins de santé et d'autres encore les effets des politiques économiques dans la contribution aux inégalités de santé. Cependant, peu d'études appréhendent le genre, en tant que « système de bicatégorisation hiérarchisé entre les sexes (hommes/femmes) et entre les valeurs et représentations qui leur sont associées (masculin/féminin) » [3]. Les recherches biomédicales qui s'intéressent aux différences entre les femmes et les hommes rapportent souvent ces différences à des enjeux biologiques.

Les femmes semblent de prime abord avantagées en termes de santé, avec une espérance de vie plus élevée que les hommes, dans presque tous les pays du monde, ce qui pourrait expliquer le manque d'intérêt scientifique sur le rôle du genre comme déterminant social de la santé. Dans les pays européens, l'écart entre les sexes en matière d'espérance de vie à la naissance était de 5,5 ans en 2018 (83,7 ans pour les femmes contre 78,2 ans pour les hommes). Cependant, cet écart n'est que de 0,5 an si l'on considère l'espérance de vie en bonne santé<sup>1</sup>. Ainsi, l'avantage des femmes en matière de mortalité est limité par une morbidité plus importante.

En France, l'avantage santé des femmes l'emporte sur les inégalités socio-économiques. Alors que les femmes et les hommes cadres ont une espérance de vie à 35 ans plus élevée que leurs homologues de la classe ouvrière, les ouvrières ont une espérance de vie plus élevée que les cadres masculins [17]. Cependant, on constate que les femmes faiblement diplômées ont une espérance de vie sans incapacité sensiblement

moins élevée que les hommes titulaires d'un diplôme universitaire.

La hiérarchie des sexes en matière d'espérance de vie s'oppose aux tendances observées dans les autres sphères sociales (moindre rentabilité du capital scolaire des filles, salaires plus faibles pour les femmes, moindre accès des femmes aux responsabilités économiques et politiques, etc.). Si certains facteurs liés à l'exposition à des facteurs de risque (tabac, alcool, expositions professionnelles, etc.) peuvent rendre compte pour partie des différences observées entre les sexes, cette situation paradoxale nécessite une analyse approfondie des processus complexes qui construisent ces différences entre hommes et femmes. La mise en perspective des situations observées pour différentes pathologies peut apporter des éléments de compréhension des mécanismes en jeu.

## Le genre des pathologies : l'exemple des maladies cardiovasculaires et de la dépression

Alors que l'incidence et la prévalence des maladies cardiovasculaires (MCV) des femmes sont plus faibles que celles des hommes en Europe, la mortalité des femmes est plus élevée. Les maladies cardiovasculaires sont la première cause de décès dans le monde et la première cause de décès chez les femmes en France, et elles sont souvent sous-diagnostiquées chez les femmes, qui se font également soigner plus tard que les hommes. L'association entre la position sociale et la mortalité due aux maladies cardiovasculaires diffère également entre les hommes et les femmes. Cela a été observé en France, où le gradient socio-économique de mortalité cardiovasculaire était plus marqué chez les femmes que chez les hommes. Notamment, par rapport aux personnes ayant un diplôme universitaire, les femmes ayant un faible niveau d'éducation avaient un risque relatif de mortalité cardiovasculaire plus élevé (RR 4,31, IC 95 %, 2,51-7,42) que les hommes de la même catégorie d'éducation (RR 2,72, IC 95 %, 2,17-3,41).

Des différences similaires dans la distribution sociale des événements cardiovasculaires ont également été constatées dans d'autres pays riches [1]. Dans ces articles, les auteurs spéculent sur la contribution potentielle des facteurs de risque socialement structurés, notamment l'obésité et le tabagisme, qui peuvent différer entre les hommes et les femmes et évoluer avec le temps. De plus, la mesure sociale utilisée pose question. Dans les deux cas il s'agit du niveau d'éducation, qui est un marqueur de position sociale lié aux conditions de vie pendant l'enfance. Certains travaux

**Michelle Kelly-Irving**

Inserm-Université de Toulouse, UPS, UMR 1295, Iferiss (FED 4142)

**Nathalie Bajos**

Inserm, EHESP, Iris, UMR 8156-U 997, campus Condorcet, Paris

*Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 54.*

1. Eurostat 2020 : [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthy\\_life\\_years\\_statistics#Healthy\\_life\\_years\\_at\\_birth](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthy_life_years_statistics#Healthy_life_years_at_birth)



sur les infarctus du myocarde évoquent que les femmes expriment des douleurs plus atypiques et qu'elles sont moins susceptibles de bénéficier d'explorations complémentaires. Le temps de délai recommandé (10 minutes) de traitement pour un infarctus du myocarde grave (ST-segment) est moins souvent respecté pour les femmes que pour les hommes. Une étude récente en France montre que les femmes sont moins susceptibles que les hommes de recevoir des statines à forte dose à la sortie de l'hôpital, et une autre montre que les traitements adaptés sont moins susceptibles d'être prescrits aux femmes hypertendues [25]. Les femmes sont encore sous-représentées dans la recherche clinique, la plupart des essais cliniques et les bases de données, dont est dérivée la recherche, comprennent des biais en sous-représentant les femmes.

Les rapports de genre peuvent aussi jouer en défaveur des hommes. Les troubles dépressifs majeurs sont une des principales causes d'incapacité dans le monde, et contribuent largement à la charge globale de morbidité. En contraste avec l'exemple des maladies cardiovasculaires, les hommes sont sous-diagnostiqués pour les troubles dépressifs malgré un taux de suicide jusqu'à quatre fois plus élevé que les femmes. Aux États-Unis, l'augmentation constante des taux de mortalité chez les hommes et les femmes non hispaniques, plus âgés, sans diplôme universitaire depuis 2000, attribuée aux suicides et décès liés à la drogue ou à l'alcool, est associée à la dépression. Les femmes adultes ont deux fois plus de risques que les hommes de souffrir de dépression majeure [9]. En France, la prévalence de la dépression chez les adultes de 15 à 75 ans est de 10 % pour les femmes et de 5,6 % pour les hommes. Cette différence genrée apparaît dès le début de l'adolescence, suggérant une multiplicité de processus de développement humain affectifs, biologiques, cognitifs et de socialisation depuis l'enfance. Les différences entre les sexes dans la prévalence de la dépression majeure sont en partie liées aux processus de socialisation et aux trajectoires de soins de santé qui sont différents selon le sexe. La différence de prévalence des troubles majeurs de dépression pourrait également refléter des biais de genre dans les outils de diagnostic utilisés pour le dépistage de ces affections. On soulignera également que dans les pays où les femmes ont moins d'opportunités et contrôlent globalement moins de ressources, on observe plus fréquemment des symptômes de dépression dans la population et un écart plus important entre les hommes et les femmes [9].

### Que révèlent ces différences selon le sexe ?

Dans le domaine médical, le genre est souvent réduit à une différence entre les hommes et les femmes essentiellement attribuée à la biologie. Or, la variation de l'écart entre les sexes dans ces deux exemples de pathologies reflète en partie les divers rôles et positions sociales que les femmes et les hommes occupent à différentes étapes de

leur vie. La façon dont les corps sont socialement construits tout au long de la vie doit être interrogée afin de comprendre les différences observées en matière de santé entre garçons et filles, femmes et hommes. Il s'agit notamment d'analyser comment les hommes et les femmes reconnaissent un problème de santé donné et expriment leurs symptômes liés aux pathologies.

Cette perspective analytique de trajectoires de vie peut utilement s'inscrire dans une approche intersectionnelle qui permet de tenir compte de la consubstantialité des rapports sociaux de domination, de genre, de classe et de « race », qui participent à la construction de l'état de santé. En outre, si cette approche est combinée avec une perspective d'incorporation biologique, examinant comment les structures et dynamiques sociales sont associées à des réponses au niveau biologique, nous pourrions à terme mieux comprendre la construction des inégalités sociales de santé et mieux les prévenir [70].

Cette analyse de la construction sociale des corps malades doit nécessairement intégrer le rôle du système de soins dans la production des inégalités genrées. Les trajectoires de soins, les recommandations médicales, la formation médicale et l'organisation du système constituent une « cascade de soins de santé » à chaque étape de laquelle des biais de genre peuvent jouer. Dans un projet pluridisciplinaire récemment financé<sup>2</sup>, nous allons procéder à une analyse de cette cascade en France dans une perspective intersectionnelle.

Une analyse des pathologies à travers le prisme intersectionnel nous permettra d'étudier dans quelle mesure les études utilisées pour formuler les recommandations médicales sont biaisées, si l'entrée dans le système de soins et le dépistage sont équitablement accessibles aux hommes et femmes. Nous pourrions aussi observer comment les interactions entre médecin et patient sont différentes selon les dyades de sexe et affectent potentiellement le diagnostic et le traitement ainsi que les pratiques d'observance, qui façonnent les trajectoires de santé ultérieures et affectent à terme la mortalité.

L'avantage apparent en matière d'espérance de vie observé pour les femmes peut conduire les chercheurs en santé et en médecine à penser que les inégalités en matière de santé ne sont pas genrées et attribuer à la biologie les différences observées entre les sexes. Les analyses sur la crise sanitaire de l'épidémie de Covid-19 montrent que la nécessité d'interroger l'essentialisation biologique que des différences de sexe est toujours d'actualité. ●

2. Projet Gendhi (Gender and Health Inequalities : from embodiment to the health care cascade), ERC-Sgy19, Bajos, Darmon, Geoffard et Kelly-Irving, 2019.