

15 décembre 2020

Cérémonie de remise du rapport du HCE
à Monsieur Olivier VERAN et à Madame Elisabeth MORENO

Prendre en compte le sexe et le genre pour mieux soigner : un enjeu de santé publique

Discours de **Mme Catherine Vidal**, rapporteuse

Monsieur le Ministre, Madame la Ministre, Mesdames, Messieurs,

J'ai l'honneur de vous présenter les grandes lignes du rapport que m'a confié le Haut Conseil à l'Egalité intitulé "Prendre en compte le sexe et le genre pour mieux soigner : un enjeu de santé publique".

Ce rapport s'inscrit dans le contexte actuel des progrès des recherches au niveau international sur le rôle des facteurs biologiques, sociaux, culturels et économiques dans les inégalités de santé entre les femmes et les hommes.

L'importance de ces questions a conduit plusieurs pays européens et nord-américains à intégrer la thématique "Genre et Santé" dans les plans stratégiques des institutions de recherche et dans les politiques de santé publique.

Or la France est en retard dans ce domaine, alors qu'il s'agit d'un enjeu de santé publique. L'objectif de ce rapport est d'en apporter la démonstration.

Pour cela, nous nous sommes appuyés sur plusieurs centaines de travaux scientifiques (publiés dans des revues internationales) qui couvrent de nombreux champs disciplinaires : recherches cliniques et biomédicales, sciences sociales, épidémiologie, santé publique etc.

Quatre axes ont été retenus dans cette analyse :

Tout d'abord la question des stéréotypes sur les maladies dites féminines ou masculines.

Les représentations sociales liés au genre influencent les pratiques médicales et l'attitude des patient.es. Un exemple typique est celui de l'infarctus du myocarde qui est encore sous-diagnostiqué chez les femmes, car considéré à tort comme une maladie d'homme stressé au travail. Les femmes en minimisent les symptômes et appellent le Samu plus tardivement que les hommes.

Un autre exemple est celui des troubles dépressifs qui touchent deux fois plus les femmes que les hommes. La raison principale n'est pas due aux hormones féminines comme il a été longtemps prétendu. La cause majeure est liée au contexte socio-économique (précarité, charge mentale, violences) qui expose davantage les femmes que les hommes aux risques de dépression.

Les représentations stéréotypées des maladies concernent aussi les hommes. Ainsi, l'ostéoporose, n'est pas l'apanage des femmes ménopausées. Un tiers des fractures ostéoporotiques concerne les hommes. Or pour eux le diagnostic et le traitement de l'ostéoporose sont quasi inexistantes.

Pour ces pathologies et bien d'autres, renforcer la formation des soignant.es est indispensable pour améliorer la prise en charge et la prévention, face à l'altération de la qualité de vie des

patients, femme et hommes, et à la charge financière que ces pathologies font peser sur les systèmes de santé.

Le deuxième axe du rapport concerne la recherche clinique et biomédicale. Les femmes ont longtemps été sous-représentées dans les essais cliniques, et ce en raison de l'histoire de la médecine centrée sur le corps masculin qui représentait les normes de référence en physiopathologie.

Selon le registre international des essais cliniques de l'OMS, la participation des femmes est passée de 35% en 1995 à 58% en 2018. Actuellement, il n'y plus de sous-représentation des femmes globalement, mais des sous-représentations ponctuelles pour le traitement de certaines maladies, en lien avec leur prévalence dans la population générale.

En France, sur les 4000 essais cliniques en cours, 88% incluent des femmes et des hommes. Hélas, on ne dispose pas de données statistiques détaillées sur les résultats des essais selon le sexe, l'âge, le pays de naissance et les pathologies ciblées, à l'instar des données qui sont publiées par l'OMS. Un effort de transparence est nécessaire pour rendre ces informations accessibles à tout public, chercheur.seuses, médecins et patient.es.

Le troisième axe du rapport analyse comment les conditions de vie, sociales, économiques et environnementales participent aux inégalités de santé.

Tout d'abord, dans la vie au travail, les facteurs de risques et de pénibilité sont sous-estimés chez les femmes. Les troubles musculo-squelettiques et les risques psychosociaux touchent plus gravement les femmes, en particulier les employées et les ouvrières. Les cancers d'origine professionnelle sont moins souvent reconnus chez les femmes que chez les hommes. Une étude récente de l'Inserm montre que le travail de nuit augmente de 26 % les risques de cancer du sein.

Autres menaces pour la santé des femmes, la précarité et le poids des charges domestiques et familiales. La pauvreté qui touche majoritairement les femmes s'accompagne de risques sanitaires accrus: logement dégradé, mauvaise alimentation, sédentarité, pénibilité au travail... autant de facteurs qui favorisent l'obésité, le diabète, les maladies cardiovasculaires, les troubles dépressifs etc.

Les femmes sont aussi les premières victimes de violences, ce qui se répercute sur leur santé mentale et physique. Les médecins, qui sont souvent leur premiers interlocuteurs, ne bénéficient pas d'une formation au repérage des violences, à la hauteur des besoins.

Enfin, les risques sanitaires des agents toxiques de l'environnement pour les femmes enceintes vont croissants. L'exposition pré- et postnatale à divers polluants chimiques et atmosphériques constituent des risques avérés pour la croissance des fœtus et le développement des enfants. Quant à la pandémie de la COVID-19, les enquêtes internationales montrent que la mortalité des hommes est supérieure à celle des femmes. Mais les proportions varient selon les conditions sociales et économiques, dont celles qui sont liées au genre.

Le quatrième axe du rapport concerne la formation des étudiant.es et des soignant.es aux questions de genre dans tous les domaines de la santé. Cette formation est institutionnalisée dans de nombreux pays européens et nord-américains. Les programmes

intègrent un enseignement sur l'influence du genre dans les pratiques médicales, les relations avec les malades, le dépistage des violences lors des consultations médicales. Il serait bon de s'en inspirer pour instituer ce type de formation en France.

Enfin, l'accès aux responsabilités dans les professions de la santé et de la recherche témoigne d'une parité inaboutie. Alors même que les femmes sont souvent majoritaires dans les organismes de santé, leur place dans les instances de décision demeure insuffisante.

En conclusion, les grands traits de ce rapport résumés ici, illustrent l'importance de croiser les disciplines pour comprendre comment se forment les inégalités de santé, en prenant en compte le sexe et le genre, mais aussi le niveau socio-économique, les modes de vie et les facteurs de l'environnement qui se répercutent différemment sur la santé des femmes et des hommes.

Une telle approche pluridisciplinaire est source d'innovation en termes de connaissances scientifiques, de prise en charge médicale, de prévention, et d'optimisation des coûts de santé.

Il est donc à souhaiter que les instances de décisions en matière de recherche et de santé publique s'engagent dans un avenir proche à intégrer la question du genre dans leurs plans stratégiques et combler ainsi le retard de la France dans ce domaine.

Parmi les 40 recommandations formulées dans le rapport, je citerai deux recommandations phares:

- La première est de créer, en France, une nouvelle instance de recherche publique dédiée à la thématique "Genre et Santé" qui aurait pour objet de structurer et animer les recherches en sciences sociales, en santé publique et dans le domaine biomédical, en bénéficiant de financements nationaux et internationaux.

- La deuxième est d'intégrer un enseignement obligatoire sur la thématique "Genre et Santé" dans la formation initiale et continue des étudiant.es et des professionnel.les de santé. La question du dépistage des violences doit faire partie de cette formation.

Nous voulons croire que ce programme, à la fois ambitieux et réaliste, se traduise prochainement par des réalisations concrètes.

Je vous remercie pour votre attention.

Catherine Vidal