

Femmes et soins de santé en Belgique

Quels sont les biais de genre dans les soins de santé et comment y remédier ?

Svetlana Sholokhova — Service d'études

Remerciements chaleureux à Sophie Cès, Élise Derroitte, Clara Noirhomme, Hélène Henry, Hélène Janssens et Hervé Avalosse

Résumé

Pourquoi les femmes vivent-elles plus longtemps que les hommes ? S'agit-il d'un vrai 'avantage' ? Les chiffres de Sciensano ne permettent pas de répondre positivement à cette question. Les femmes vivent leurs années 'supplémentaires' en mauvaise santé. Les raisons ne sont pas uniquement biologiques. À la différence des hommes, les femmes souffrent davantage des maladies non mortelles, mais invalidantes et qui les limitent fortement dans leurs activités quotidiennes. Il y a aussi des maladies spécifiques aux femmes et qui augmentent donc leur risque de vivre en mauvaise santé. Mais les recherches démontrent que les différences de santé qu'on observe au niveau des populations sont exacerbées par des facteurs sociaux et notamment la façon dont le système des soins de santé perçoit et réagit aux besoins des personnes. Depuis de nombreuses années, des chercheurs et des chercheuses soulignent qu'en fonction de leur sexe les personnes sont diagnostiquées, traitées et suivies différemment par les professionnel·les de la santé, les femmes étant souvent désavantagées.

Qu'en est-il de la Belgique ? Est-ce que la prévention, le diagnostic et le traitement offerts par le système des soins de santé belge permettent d'atténuer les différences en santé ou au contraire risque-t-il de les aggraver ? Pour répondre à cette question, nous avons analysé l'accessibilité des soins en Belgique dans ses quatre dimensions : la sensibilité aux problèmes de santé, la disponibilité des soins, leur accessibilité financière et leur acceptabilité, en croisant les différences observées avec les résultats d'autres recherches internationales. Il en ressort que les femmes peuvent rencontrer de nombreuses difficultés pour résoudre leurs problèmes de santé. Quelques exemples tirés des domaines de la prévention (dépistage du cancer de sein), du diagnostic et du traitement (maladies cardiovasculaires) ainsi que de l'organisation des soins (inégalités au sein du corps professionnel de santé) illustrent ces difficultés. Sans prétendre à être exhaustive, cette étude offre pour la première fois une analyse du système des soins de santé belge sous l'angle du genre et propose une série de recommandations à destination des décideurs et décideuses politiques ainsi que des responsables du système de soins afin de réduire les inégalités en santé entre les femmes et les hommes.

Mot-clés : Inégalité en santé, inégalités de genre, accessibilité, femmes

1. Introduction

« Les inégalités en matière de santé sont les différences d'état de santé entre des groupes de personnes qui sont importantes, inutiles, inévitables, injustes, systématiques et évitables par des moyens raisonnables »¹. Ces différences peuvent être observées entre des populations, des groupes au sein d'une population, et sous forme de gradient. Elles sont liées aux conditions sociales, économiques et environnementales — les conditions dans lesquelles nous naissons, grandissons, vivons, travaillons et vieillissons. Il serait donc hâtif d'« individualiser » les différences en santé observables au sein de la population, en supposant que ces différences sont dépendantes des personnes (leur hérédité génétique ou leurs seules habitudes par exemple). Les inégalités en santé sont en revanche structurelles précisément parce que les conditions de vie des personnes, et en conséquence la structure sociétale qui les détermine, jouent un rôle central dans la santé des personnes (Derroitte, Cès, & Sholokhova, 2023).

Les inégalités inhérentes à la structure sociétale peuvent être abordées sous l'angle triple de discriminations structurelles. On peut alors identifier des groupes plus à risque d'un point de vue **économique** (personnes appartenant aux classes plus pauvres) qui sont confrontés à de grandes difficultés pour répondre à leurs besoins essentiels, du point de vue des discriminations sur base **d'origine** (personnes racisées) et du point de vue des discriminations **genrées** (personnes discriminées en fonction de leur sexe ou leur sexualité). Dans une étude précédente de la Mutualité chrétienne (MC), il a été démontré que les écarts économiques ont des corrélations fortes avec les écarts de santé. Les personnes résidant dans les quartiers plus riches ont une meilleure santé que les personnes résidant dans les quartiers plus pauvres : les premières vivent plus longtemps, souffrent moins du diabète, des affections cardiovasculaires, des maladies respiratoires (Avalosse, Noirhomme, & Cès, 2022). Dans le présent article, nous nous penchons sur le fait que les personnes n'ont pas les mêmes risques de maladies ni les mêmes chances de se faire soigner en fonction de leur sexe. Nous nous intéressons particulièrement au rôle du système des soins de santé, par lequel on entend à la suite de l'OMS « toutes les organisations, personnes et actions dont l'intention première est de promouvoir, restaurer ou maintenir la santé » (Morgan et al., 2016, notre traduction). Car les difficultés d'accès aux soins risquent d'aggraver les inégalités en santé ou d'engendrer de nouvelles inégalités.

La question qui guide notre recherche est la suivante : est-ce que la pratique médicale de la prévention, du diagnostic et du traitement en Belgique est imprégnée des valeurs et des représentations sur les sexes qui créent des inégalités en santé entre les femmes et les hommes, et quelles sont les perspectives possibles d'amélioration de la situation actuelle ? Cette question implique d'autres questions : est-ce qu'on constate dans le recours au système de soins de santé belge des différences entre les personnes en fonction de leur sexe ? Quelles tendances peut-on dégager et quelles explications pourrions-nous en donner ? Enfin, est-ce que ces tendances exercent une influence sur la santé des personnes ?

Notre étude porte principalement sur les femmes. Or, la question du sexe de la personne étant intimement liée à celle de l'orientation sexuelle ou encore de l'identité, de nombreuses personnes sont également discriminées sur cette base-là. Pour des raisons de manque de disponibilités de données à ce jour, nous sommes obligées de mettre de côté ce sujet, ce qui ne remet aucunement en doute la gravité et l'ampleur des discriminations et des inégalités de santé en question. Nous espérons nous y pencher prochainement.

Il convient également de souligner d'entrée de jeu qu'il serait trompeur de considérer les femmes comme un groupe homogène. Des inégalités existent aussi au sein de ce groupe du point de vue économique, de l'origine, de la sexualité, de l'âge, etc. C'est pourquoi il convient toujours de privilégier une approche intersectionnelle qui analyse les situations de vie dans leur complexité réelle. Alors qu'une analyse descriptive s'arrêtera à constater des inégalités, poser un regard intersectionnel permet davantage d'expliquer les raisons de ces inégalités, en croisant par exemple les différents systèmes de dominations (Young, Mangwi Ayiasi, Shung-King, & Morgan, 2020). Pour répondre à cette exigence, nous explorons la façon dont les différentes inégalités se croisent entre elles — être femme et âgée, être femme et avoir un handicap, être femme et rencontrer des difficultés à joindre les deux bouts — et influencent le recours aux soins de santé.

Enfin, les hommes souffrent aussi des inégalités. Le sexisme se base en effet non seulement sur les représentations de la féminité, mais aussi sur celles liées à la masculinité. On constate en effet une forte corrélation entre les comportements identifiés comme 'typiquement' masculins et certains risques de santé (Courtenay, 2000) : la

1 health-inequalities.eu.

consommation excessive d'alcool, des comportements de conduite dangereux, etc. De même, comme les femmes, les hommes qui ne se conforment pas à la vision normative de la masculinité véhiculée par la société genrée risquent de subir des discriminations (Connell & Messerschmidt, 2005), qui peuvent, à leur tour, nuire à leur santé. Malgré son intérêt, ce thème ne sera pas abordé dans cet article, car il nécessite d'autres réflexions dans un article à part entière.

Dans cet article, nous procédons de la façon suivante. D'abord, nous explorons les inégalités entre les sexes en matière de santé en Belgique (2.1.) Puis, nous posons le cadre théorique de notre analyse en étudiant la façon dont le genre en tant que système social conditionne les différences observées (2.2.). Nous nous arrêtons également sur le rôle de l'accès aux données dans l'analyse des différences en santé et les difficultés qu'on y rencontre (2.3.) Ensuite, nous nous penchons sur le système de soins de santé belge sous l'angle de l'accessibilité en étudiant la façon dont les inégalités de sexe caractérisent différentes dimensions de ce système : la sensibilité aux problèmes de santé (3.1.), la disponibilité pour (se faire) soigner (3.2.), l'accessibilité financière des soins (3.3.), et l'acceptabilité des soins proposés (3.4.). À la suite de l'analyse de nos résultats de recherche (partie 4), nous terminons notre étude avec une série de recommandations à destination des responsables politiques et des personnes engagées dans de différents niveaux du système des soins de santé (partie 5).

2. D'une société genrée à une santé genrée

2.1. Les inégalités de sexe dans la santé

Depuis plusieurs années, on constate qu'en Europe, tout en ayant une **espérance de vie** plus longue que les hommes, les femmes ont un niveau de santé plus bas que ces derniers. Par exemple en Belgique, tandis que l'espérance de vie à la naissance chez les femmes était de 84,0 ans et chez les hommes de 79,2 ans (Sciensano, 2021), après 65 ans les femmes peuvent espérer vivre 57% du restant de leur vie en bonne santé contre 68% pour les hommes². Comme l'explique Sciensano, en Belgique, « les femmes vivent plus longtemps, mais elles vivent seulement un peu plus longtemps sans incapacité, par conséquent elles vivent plus d'années avec des incapacités (en nombre absolu d'années et en % du restant de leur vie) »³.

Ce fait s'explique par les différences de maladies auxquelles les hommes et les femmes sont confrontés : « les hommes souffrent davantage de maladies chroniques potentiellement mortelles à un âge plus jeune (maladie coronarienne, cancer, maladie cérébro-vasculaire, emphysème pulmonaire, cirrhose du foie, maladie rénale et athérosclérose) », alors que « les femmes sont confrontées à des taux plus élevés de troubles handicapants chroniques (maladies auto-immunes et troubles rhumatologiques), ainsi qu'à des maladies gênantes, mais moins dangereuses pour la vie (anémie, troubles de la thyroïde, troubles de la vésicule biliaire, migraines, arthrite et eczéma) » (Bird & Rieker, 2008, p. 18, notre traduction). À côté des différences de prévalence des maladies entre les hommes et les femmes, il existe des problèmes de santé spécifiquement féminins comme les maladies liées au système reproductif, à la maternité (dépression péri- et postnatale, etc.), aux violences, etc., qui influencent donc spécifiquement la santé des femmes.

Les données de l'enquête de santé de Sciensano le confirment. Il existe des différences importantes et systématiques (depuis 15 ans de rassemblement des données) entre les sexes dans le nombre des personnes qui déclarent avoir **une maladie ou un problème de santé de**

2 « L'espérance de vie à la naissance » est calculée comme le nombre moyen d'années qu'un nouveau-né peut espérer vivre, si les taux de mortalité actuels restent inchangés dans les années à venir, alors que « l'espérance de vie dans un état de (bonne) santé donné », est l'espérance de vie sans incapacité, ou sans maladie chronique, ou en bonne santé ressentie.

3 Pour les détails du calcul et autres données, voir <https://www.belgiqueenbonnesante.be>.

longue durée : « sur l'ensemble de la période, les femmes souffrent plus que les hommes d'une maladie ou d'un problème de santé de longue durée avec respectivement 29% et 25% en 2022 » ; de même, la proportion des femmes qui déclarent **être limitées dans leurs activités quotidiennes** est plus élevée que celle des hommes, et ce, sur toute la période analysée : « en 2022, 28,3% des femmes étaient concernées contre 22,9% des hommes »⁴.

Un autre indicateur qui permet d'apprécier l'écart entre la santé des hommes et des femmes en Belgique est le taux de personnes ne pouvant pas exercer leur travail pour cause de maladie. Selon le calcul du Bureau fédéral du Plan, en 2021, la part des femmes en **incapacité de travail** de longue durée était de 14,7% tandis que celle des hommes était de 8,0%. Cette différence augmente : de 0,8 point de pourcentage en 2005, elle est passée à 6,7 point de pourcentage en 2021 (voir Figure 1).

Les données de la MC confirment également la présence des inégalités : les femmes ont plus de risque que les hommes d'avoir une maladie chronique (et donc d'être bénéficiaires du statut d'affection chronique). Ainsi en 2021 parmi les membres de la MC, 15,4% de femmes ont le statut de malade chronique contre 11,3% chez les hommes. Ces différences persistent même après la standardisation pour l'âge, c'est-à-dire en tenant compte du nombre différent

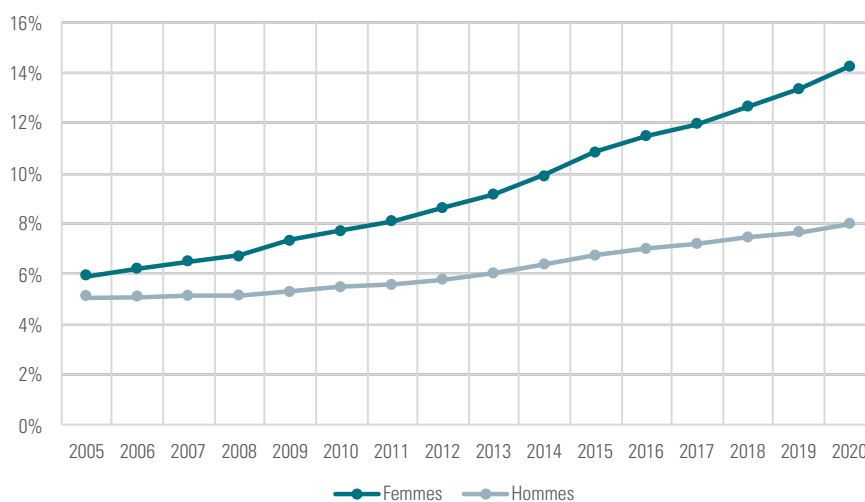
d'hommes et de femmes au sein des différents groupes d'âge : 14,6% contre 12%.

Les femmes en Belgique ont donc clairement plus du risque de souffrir des maladies invalidantes, c'est-à-dire des maladies de longue durée ou qui les limitent fortement dans leurs activités quotidiennes jusqu'au point de mettre en péril leur capacité de travailler. Les données de l'incapacité de travail suggèrent également que cette situation tend à s'empirer. La question qui se pose est alors si et dans quelle mesure les soins de santé prennent en compte ces différences, comment l'expliquer, et ce qui pourrait être fait pour réduire l'écart qui se creusent entre les femmes et les hommes.

2.2. Comment expliquer ces différences ?

Il existe des tentatives de donner **des explications biologiques** aux différences de santé entre les sexes. De ce point de vue, les hommes et les femmes seraient prédisposés ou, au contraire, protégés contre certains types de morbidité grâce à des facteurs biologiques. Il est démontré que la longévité des femmes peut être partiellement expliquée par les différences hormonales, les femmes étant plus protégées des maladies cardiovasculaires que les hommes grâce à un niveau plus élevé d'œstrogène. En

Figure 1 : Incapacité de travail de longue durée selon le sexe (pourcentage de l'emploi, chômeur-euses compris) (Source : indicators.be)



4 L'analyse de l'Eurostat reprise de <https://indicators.be>.

même temps, avec l'âge et le début de la ménopause, le niveau d'œstrogène baisse ce qui expose les femmes à un risque accru d'ostéoporose, responsable de nombreuses fractures de la hanche, des vertèbres ou du poignet, et de maladies cardiovasculaires (Rudic, Poropat, Krstic, Bjelakovic, & Gluud, 2005). La portée explicative des recherches centrées sur les explications biologiques des écarts de santé genrés reste néanmoins limitée et ne permet pas de rendre compte de l'ensemble des différences de santé observables. Par ailleurs, des recherches en épigénétique montrent que les différences physiologiques entre les femmes et les hommes adultes ne sont pas toujours innées ou immuables, mais peuvent être acquises lors du processus de socialisation (Bird & Rieker, 2008).

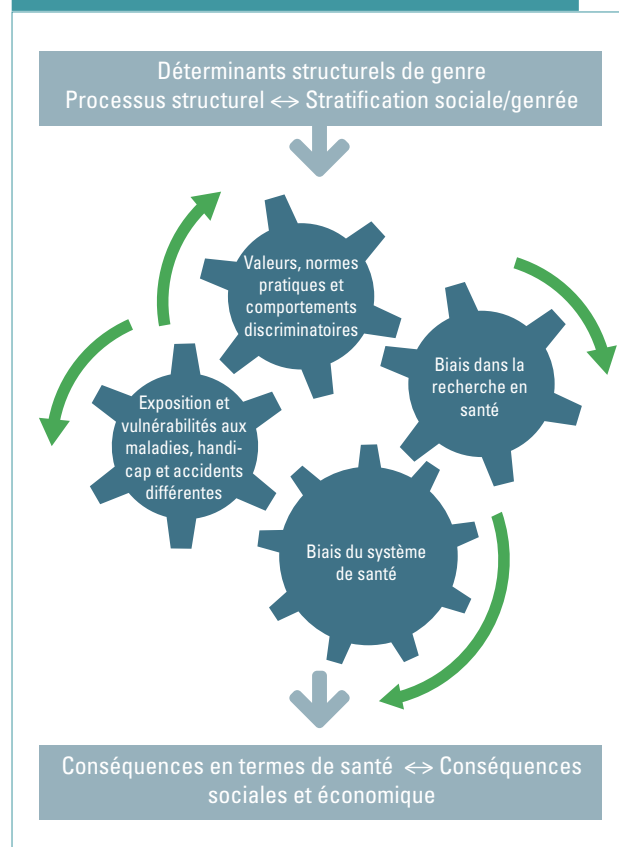
Les **explications économiques** des différences en matière de santé entre les hommes et les femmes offrent en revanche beaucoup plus d'éclaircissements. Elles mettent en évidence l'impact des différences des conditions de vie entre hommes et femmes et l'influence directe de ces différences sur la santé (Marmot, 2010). Ces explications s'appuient notamment sur le fait que les femmes sont particulièrement touchées par les facteurs économiques défavorables : elles souffrent plus souvent que les hommes de la pauvreté, des discriminations à l'embauche, salariales ou sur leur lieu de travail, etc. (European commission, 2021; European Institut for Gender Equality, 2021). Ces inégalités s'expliquent par le fait que les femmes travaillent plus souvent que les hommes à temps partiel, sont surreprésentées dans les secteurs mal rémunérés, ont moins facilement accès à des postes de direction.

La santé des femmes est également influencée par des facteurs qui ne sont pas d'ordre économique (ou qui en tout cas ne sont pas directement liés à ce dernier). Nous utiliserons le terme de **genre** pour désigner l'ensemble de facteurs sociaux responsables des différences de santé entre les sexes, en entendant par « genre » un système de *bicatégorisation hiérarchisée* entre les sexes (hommes/femmes) et entre les valeurs et représentations qui leur sont associées (masculin/féminin) (Bereni, Chauvin, Jau-nait, & Revillard, 2020). **Le genre est donc un rapport social,**

tandis que le sexe est la position qu'on y occupe et qui est produite par le système social⁵. Les inégalités de santé entre les sexes s'expliquent aussi par le genre et sont donc un 'problème genré' dans la mesure où en fonction de leur sexe et donc de leur position dans la hiérarchie entre les sexes, les personnes ne sont pas exposées à des (risques de) maladies ni à leur traitement de la même façon.

Le schéma proposé par l'OMS illustre bien la façon dont la structure genrée de la société a un impact sur la santé des personnes (et leur situation socio-économique, les deux étant mutuellement dépendantes) et notamment les facteurs qui déterminent cet impact (voir Figure 2, Sen, Ostlin, & George, 2007, p. 11). Parmi ces facteurs, nous retrouvons les systèmes de santé et la recherche biaisée

Figure 2 : Le rôle du genre en tant que déterminant social de la santé (Source : Sen, Ostlin, & George, 2007)



5 Nous ne retenons donc pas la terminologie qui opposerait le genre au sexe suivant la distinction entre la culture et la nature ou encore la société et la biologie, le genre étant un 'surplus' social par rapport au sexe biologique. Cette définition tend en effet à réduire le sexe à l'état de « nature pure », à la biologie qui serait indépendante de la société. Pourtant cette nature pure est souvent introuvable. Les cas des enfants intersexes, c'est-à-dire des enfants qui naissent sans signes qui pourraient permettre de définir leur sexe en tant que féminin ou masculin, le confirment. Le sexe dans le cas de ces enfants est décidé (et souvent fabriqué chirurgicalement et/ou hormonalement) à la naissance par les parents et le corps médical. Ce qui ressort de ces cas est alors avant tout la nécessité même de choisir un sexe. On voit donc bien que c'est le genre — en tant que système qui repose sur la binarité masculin/féminin — qui précède le sexe même de la personne et non pas l'inverse (comme l'idée du genre en tant que surplus par rapport au sexe biologique le suggérerait). En outre, la référence à l'idée du sexe biologique ne fait que réifier l'histoire même du sexe. Ce dernier est en effet caractérisé par la pluralité irréductible des critères de sa détermination (l'anatomie, les gonades, les hormones, l'ADN) et le fait que la combinaison de ces critères utilisés pour définir le sexe varie dans l'histoire et selon les sociétés (voir à ce sujet Dorlin, 2008).

en santé. Le système de soins de santé joue donc un rôle dans la reproduction et le renforcement des inégalités de genre et participe ainsi au cercle vicieux des problèmes de santé genrés. En tant qu'un véhicule des représentations et des valeurs liées aux sexes, les soins de santé, d'une part, maintiennent les inégalités entre les hommes et les femmes qui se manifestent dans les inégalités de santé entre les sexes. D'autre part, ils engendrent de nouveaux problèmes et renforcent ainsi les inégalités entre les sexes, notamment par le fait qu'ils ne sont pas accessibles aux hommes et aux femmes de la même manière.

Le genre influence sur la santé des personnes en influençant sur « l'accès aux services de santé et leur utilisation, la conception et l'utilisation des produits médicaux et des technologies, la nature de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé ; le système de financement de la santé, les données collectées et leur gestion, et la manière dont les politiques de santé sont élaborées et mises en œuvre » (Morgan, et al., 2016, p. 2, notre traduction).

2.3. Le problème des données relatives à l'égalité

Quels sont les biais de genre du système des soins de santé belge ? Il convient de souligner qu'il n'existe pas à ce jour d'études scientifiques ni quantitatives, ni qualitatives qui répondent à cette question. Ainsi les *Rapports de la performance du système de santé belge* proposés régulièrement par le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) ne posent pas les inégalités de genre comme un des critères d'analyse. Il est vrai que, pour certains indicateurs, on retrouve les données présentées selon les sexes, mais cette présentation n'est pas systématique et ne constitue pas un sujet à part. Les rapports du KCE confirment la tendance générale des analyses des données belges au sein desquelles la question des biais de genre dans les soins de santé fait défaut. Notons toutefois un certain nombre de publications qui ont le mérite de mettre en lumière le problème structurel des inégalités genrées en santé et l'impact du genre sur les soins (Gillard, 2021 ; Colard, 2019).

Pour répondre à la question qui est la nôtre, nous devons nous appuyer ou produire des « **données relatives à l'égalité** (*equality data*) », c'est-à-dire des données qui permettent de décrire et analyser l'état de l'égalité ou de l'inégalité dans la société et notamment en santé (UNIA, 2021). La récolte de ce type de données vise avant tout à éviter, mais par là aussi à mettre en évidence, les biais, et dans

notre cas les biais de genre, auxquels nous pouvons être confrontés dans les recherches sur les soins de santé.

La recherche en santé, qui constitue le socle de la médecine basée sur les preuves, mais aussi de la pratique médicale entretient une longue histoire avec les **biais de genre**. On entend par « biais », une erreur conduisant à des résultats ou à des conclusions qui sont systématiquement différentes de la vérité (Porta, 2014). Le caractère systématique du biais est important, il ne s'agit pas simplement d'une erreur aléatoire ou d'un manque de précision. Il s'agit du fait d'ignorer la réalité du genre en tant que déterminant social et donc par là d'occulter le fait que la société est caractérisée par des inégalités de genre.

Les biais de genre peuvent intervenir tout au long du **processus de la recherche en santé**, tant lors de la formulation de la question de recherche que du développement de la méthodologie de travail, lors de la collecte et de l'analyse des données ou encore lors des réflexions d'implémentation des résultats. Au moment de la formulation des hypothèses de recherche, les biais de genre interviennent en supposant que les situations et les risques sanitaires des femmes et des hommes sont similaires, alors qu'ils ne le sont pas ou, au contraire, en supposant des différences là où il y a des similitudes (Ruiz-Cantero, et al., 2007). À l'étape de la collecte des données, on peut constater le manque de données désagrégées par sexe, c'est-à-dire des données qui font une distinction entre les hommes et les femmes, et ce de deux manières.

Premièrement, on peut manquer de ce type de données parce qu'elles n'ont pas été rapportées ou mentionnées lors de la présentation des résultats de recherche ou d'analyse (*reporting bias*). Autrement dit, ces données auraient pu être enregistrées et probablement, ont été enregistrées, mais restent, pour ainsi dire, enterrées, non publiées et non disponibles, or leur influence sur les résultats de recherche reste probable. Deuxièmement, le manque de données désagrégées par sexe peut être dû à la méthodologie de recrutement des participant·es qui peut induire une exclusion ou une sous-représentation d'un des sexes des études. Ainsi une étude publiée en 2022 constate une sous-représentation systématique des femmes dans les essais contrôlés randomisés dans des domaines tels que les maladies cardiovasculaires, les néoplasmes, les maladies du système endocrinien, les maladies des voies respiratoires, les infections bactériennes et fongiques, les maladies virales, les maladies du système digestif et les maladies du système immunitaire (Daitch, Turjeman, Poran, & et al, 2022). Sur les 300 études publiées en 2017

et analysées par Daitch et al., le taux d'inscription médian global des femmes était seulement de 41% et ce taux diminue avec l'âge des participants aux essais. Les femmes de moins de 45 ans constituent 47% des participantes aux études et celles âgées de plus de 63 ans constituaient seulement 33% des participantes. Or la diminution de la participation des femmes avec l'âge est loin d'être anodine étant donné que, comme on vient de voir, les femmes âgées ont plus de problèmes de santé que les hommes âgés.

Comment se justifie la sous-représentation des femmes comme sujets d'étude ? Pour certains chercheur·ses, l'inclusion des femmes est équivalente à la création de nouveaux problèmes, car le corps des femmes serait trop complexe, trop variable, notamment à cause des fluctuations hormonales associées au cycle menstruel. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle les femmes risquent d'être testées dans cadre des études au moment où leur cycle est dans la première phase folliculaire (Bruinvels et al., 2016), c'est-à-dire où elles ressemblent le plus aux hommes, l'idée étant justement de minimiser l'impact éventuel de l'estradiol et de la progestérone sur les résultats de l'étude (Criado Perez, 2020, p. 204). Or, dans la vie réelle les femmes prennent des médicaments et subissent des traitements tout au long de leur cycle menstruel et cela veut dire qu'elles sont exposées à des impacts qui n'ont pas fait l'objet d'investigations.

La sous-représentation ne concerne pourtant pas que les études sur les humains. Une analyse des publications dans la revue *Pain*, une des revues phares dédiées aux questions de la douleur, montre que 79% des études pré-cliniques sur les rongeurs publiées entre 1996 et 2005 n'ont testé que des rats ou des souris mâles. Et cette situation évidemment n'est pas réservée uniquement au sujet de la douleur (Mogil, 2020). Les animaux mâles dominent les animaux femelles comme sujets de recherche préclinique en neurosciences, physiologie, pharmacologie et endocrinologie. Même si des régulations ont été introduites, et notamment en Union européenne, les améliorations se produisent lentement et nous sommes aujourd'hui devant le fait que des décennies d'études de rongeurs essentiellement mâles ont conduit à l'émergence d'une littérature à tendance masculine, dont l'étendue et les détails commencent à peine à émerger.

3. Le genre et la (non)accessibilité des soins de santé

Dans cette étude, nous abordons le thème de l'impact des biais de genre sur la pratique clinique et le fonctionnement du système des soins de santé en général sous l'angle de l'accessibilité des soins de santé, un des éléments centraux du système des soins caractérisés par quatre dimensions : **la capacité d'identification des problèmes de santé (la sensibilité), la possibilité d'atteindre les services (la disponibilité), l'accessibilité financière et la qualité des soins (l'acceptabilité)** (Cès, 2021). Dans la perspective de l'économie de santé, chacune de ces dimensions peut être analysée du point de vue de l'offre des soins (l'organisation des services et les conditions de travail des prestataires) et du point de vue de la demande (les conditions de vie des patient·es et les déterminants de leurs problèmes de santé) (voir Tableau 1 dans Cès, 2021, p. 17). Cette lecture multidimensionnelle de l'accessibilité constituera notre cadre théorique et nous aidera à saisir la façon insidieuse dont le genre imprègne les soins de santé.

Dans notre analyse, nous nous appuyons, premièrement, sur la revue de la littérature scientifique internationale portant sur les pays occidentaux. Puisque l'objectif de notre étude est d'analyser le caractère genré du système de santé belge, nous allons nous limiter à sa comparaison avec les systèmes de santé européens et états-unis, c'est-à-dire les systèmes de santé des pays dont le niveau de richesse est comparable à celui de la Belgique. Deuxièmement, nous travaillons avec des données provenant de nombreuses sources : d'une part, les données disponibles en *open access*, c'est-à-dire librement et dans la plupart des cas via internet, comme des données de Sciensano, du Statbel, du SPF Santé publique ou encore les données de l'enquête EU-SILC, et d'autre part, les données administratives de la consommation des soins collectées en routine par la MC dans le cadre de ses missions de co-gestionnaire de l'assurance obligatoire soins de santé. Tous les calculs pour les membres de la MC (francophones, néerlandophone et germanophones) ont été effectués par les soins du Service d'études de la MC.

3.1. Sensibilité aux problèmes de santé

Des soins de santé accessibles sont premièrement des soins sensibles aux problèmes de santé, c'est-à-dire qui cultivent et réalisent « la capacité à identifier les besoins objectifs d'un point de vue clinique » (Cès, 2021, p. 8).

Ce sont les professionnel·les de santé qui jouent un rôle central dans l'identification des besoins en santé des personnes. Leur responsabilité comprend « non seulement l'étape d'identification du problème ou du risque de santé (par un dépistage précoce par exemple), mais aussi l'accès secondaire aux soins de santé, c'est-à-dire le déclenchement de la prise en charge » (Cès, 2021, p. 9). Les personnes (les éventuel·les futures patient·es) participent également à l'identification de leurs propres besoins. Notons toutefois que la capacité des personnes à pouvoir identifier la nécessité de faire appel aux services de soins de santé dépend largement de facteurs sociaux tels que le réseau social de la personne ou encore des circonstances de vie qui peuvent jouer un rôle de « distraction des personnes par rapport à leur santé » (Idem). Il serait donc réducteur d'envisager ces capacités sous l'angle individuel. Les conditions de vie difficiles (par le fait par exemple des revenus bas, des discriminations subies ou des événements traumatiques) peuvent amener les personnes à négliger leur santé en reportant des soins ou en n'y faisant pas recours.

En outre, il ne faut pas sous-estimer le fait qu'il existe un véritable décalage entre l'expérience vécue de la personne et le savoir médical. Si dans le premier cas, il s'agit du fait de se sentir bien ou mal, dans le deuxième cas, il s'agit de se prononcer sur l'existence ou l'absence d'une maladie ou un problème de santé. Ce décalage est aussi discursif : le langage médical fait référence aux symptômes, mais ces derniers ne sont pas toujours directement traduisibles dans le langage quotidien que les personnes utilisent pour décrire la façon dont elles se sentent (Sholokhova, 2021, voir Tableau 1). Dans le cas des femmes, ce passage discursif est en outre depuis longtemps compromis par le rapport paternaliste et sexiste de la science en général qui a tendance à niveler le point de vue des femmes et leurs ressentis (Dorlin, 2008). Des études montrent que les plaintes des femmes sont souvent sous-estimées par les professionnel·les à cause des stéréotypes selon lesquels les femmes seraient considérées comme étant fragiles et émotionnelles : les femmes auraient une tendance à se plaindre 'à la moindre douleur' (qui ne serait donc pas une 'vraie' douleur) et à exagérer des situations qui 'en réalité' ne nécessitent pas d'intervention médicale. Cette tendance aurait quant à elle sa source dans la prétendue instabilité psychique typique des femmes et leur tendance à souffrir de troubles psychiques (Hoffmann & Tarzian, 2001). C'est ainsi qu'on voit par exemple que les femmes risquent de se voir refuser des traitements antidouleurs aux profits de traitements psychopharmacologiques (Calderone, 1990).

Nous pouvons alors dégager plusieurs problèmes spécifiques du point de vue de l'offre de soins et de sa sensibilité à la santé des femmes. Soulignons d'abord **le risque accru pour les femmes d'avoir un mauvais diagnostic ou de ne pas avoir de diagnostic du tout alors qu'une maladie est bien présente**. Cela concerne, d'une part, des **problèmes spécifiquement féminins**, notamment liés au système reproductif. On peut penser ici à l'endométriose pour laquelle un retard de diagnostic peut aller de six à douze ans (Matsuzaki, et al., 2006). D'autre part, l'existence de **mauvais diagnostics ou des sous-diagnostics de maladies communes aux femmes et aux hommes** est un fait réel.

En guise d'exemple, on peut prendre les **maladies cardiovasculaires** longtemps considérées comme des maladies plutôt masculines. Les femmes souffrant de cardiopathie ischémique sont souvent sous-diagnostiquées parce que leurs symptômes s'écartent des symptômes masculins pris comme référence. À la différence des hommes, elles souffrent davantage de l'ischémie myocardique chronique sans maladie coronarienne obstructive et présentent, davantage une douleur entre les omoplates au lieu de douleurs thoraciques, de nausées ou de vomissements, et d'essoufflement comme les hommes (Mauvais-Jarvis, et al., 2020). Le sous-diagnostic s'accompagne souvent de **traitements inadéquats** : les études dévoilent une tendance, chez certains professionnel·les de santé, à éviter de faire appel aux traitements invasifs pour des raisons de « sexisme bienveillant », car ces traitements seraient considérés comme très lourds pour les femmes tout en étant en même temps prescrits pour les hommes (Travis, Howerton, & Szymanski, 2012). Des phénomènes de suivis moins rigoureux pour les femmes sont également rapportés : moins de traitements précoces à l'aspirine ou aux bêtabloquants ou de reperfusion (Jneid, et al., 2008).

Qu'en est-il de la situation en Belgique ? Penchons-nous sur le cas des maladies cardiovasculaires⁶. Pour l'année 2019, le SPF Santé publique constate la répartition suivante du nombre de séjours hospitaliers relatifs aux maladies cardiovasculaires : 56,8% pour les hommes et 43,2% pour les femmes, avec plus de séjours à visée chirurgicale chez les hommes (SPF Santé publique, 2021). Les procédures percutanées coronariennes sans infarctus aigu du myocarde sont en tête de liste : deux fois moins de femmes ont été hospitalisées en 2019 avec ce diagnostic (voir Figure 3). Pour les procédures percutanées coronariennes avec infarctus aigu du myocarde, le ratio femmes/hommes est encore plus grand : 4/10.

6 Nous remercions professeur Jean-Louis Vanoverschelde de l'UCLouvain d'avoir répondu à nos questions sur le sujet.

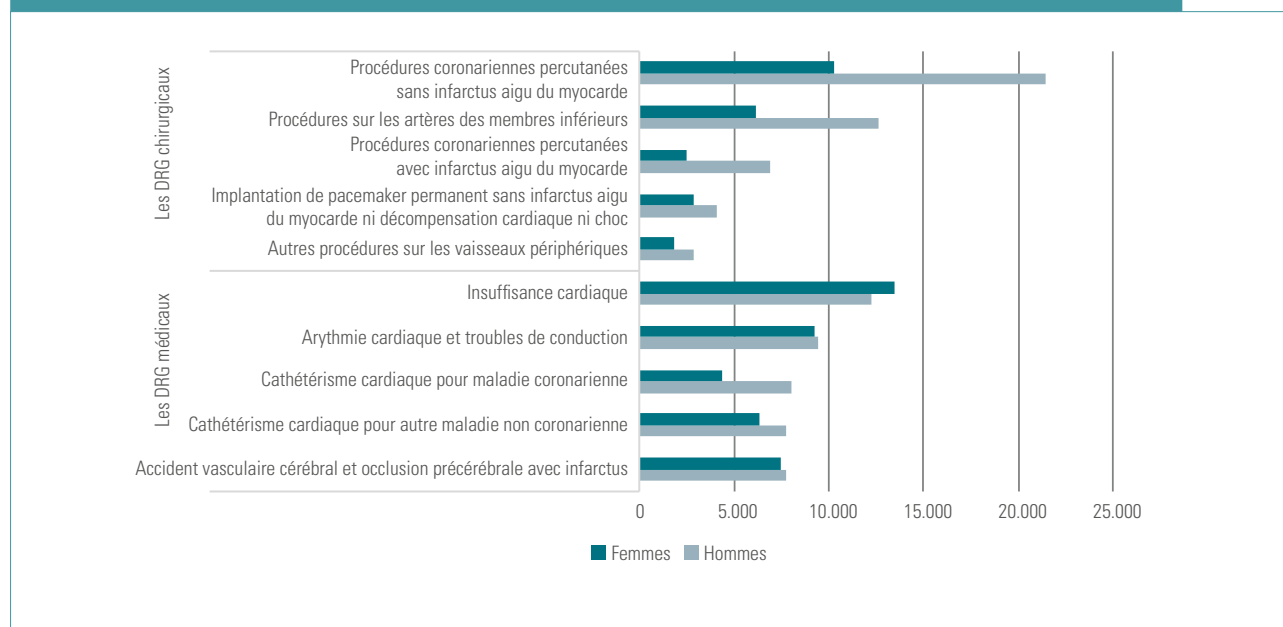
On pourrait se demander si ces différences relèvent des prévalences des maladies ou s'il s'agit d'un sous-diagnostic des maladies coronariennes chez les femmes et en conséquence d'une sous-utilisation des interventions percutanées coronariennes. Cette question a d'ailleurs déjà été soulevée par le KCE dans son analyse de la performance du système belge de santé (Devos, et al., 2019, p. 21). En effet, le monitoring des variations des pratiques médicales basées sur l'analyse des données d'utilisation des soins menée par l'INAMI, auquel se réfère le KCE, permet de constater des différences considérables pour les interventions percutanées coronariennes pour l'année 2017. Au cours de l'année 2021, les femmes ont eu trois fois moins de reperfusions myocardiques que les hommes (127,73 contre 445,58 de procédures par 100.000 de personnes, données après la standardisation par âge)⁷.

Il est toutefois difficile d'établir, dans la population, la prévalence exacte des maladies coronariennes nécessitant ces types d'interventions (pour qu'ensuite on puisse la comparer au recours effectif à ce type d'actes médicaux). Ceci est difficile vu la possibilité de sous-diagnostics dans les cas des femmes. Nous pouvons toutefois étudier et

comparer selon les sexes deux facteurs importants de risques de maladies coronariennes : le taux d'obésité et de fumeur-ses au sein de la population. Selon les données de Sciensano, en 2018, il n'y a pas eu de différence significative dans les taux de personnes en obésité entre les hommes et les femmes⁸. En ce qui concerne la consommation de tabac, par le passé, les hommes étaient plus nombreux à fumer, l'écart diminue toutefois progressivement depuis de nombreuses années. Selon Sciensano, en 2018, le taux de fumeurs quotidiens chez les hommes est 18% et chez les femmes 12%, en même temps « chez les femmes, le pourcentage augmente avec l'âge jusqu'à 64 ans où il atteint près de 17% »⁹. Les écarts pour ces deux indicateurs sont donc plus petits que ceux qu'on observe pour le recours aux soins cardiovasculaires. Cela suggère donc que **les écarts qu'on observe dans le recours aux soins coronariens chez les hommes et les femmes ne reflètent très probablement pas la prévalence réelle des problèmes cardiovasculaires chez ces deux groupes**.

Cette hypothèse se trouve, à notre sens, soutenue par les résultats d'une étude de Gevaert et al. (2014) qui démontre l'existence d'inégalités importantes dans la mortalité hos-

Figure 3 : Nombre d'hospitalisations classiques et de jour en 2019 des cinq groupes de DRG médicaux et chirurgicaux les plus fréquents, selon le type du diagnostic et le sexe (Source : SPF Santé publique)



7 https://www.belgiqueenbonnesante.be/images/INAMI/Rapports/RAPPORT-FR-Reperfusion_myocardique_Ajuste_2021.pdf. Notons que les variations des pratiques médicales selon le sexe concernent également le recours aux pacemakers. En 2021, les hommes ont deux fois plus de chances de se faire prescrire un implant que les femmes (106,18 contre 55,79 par 100.000 de personnes).

8 <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/etat-de-sante/determinants-de-sante/statut-ponderal#surpoids-et-obesite-chez-les-adultes>

9 <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/etat-de-sante/determinants-de-sante/consommation-de-tabac>

pitalière en Belgique entre les hommes et les femmes ayant subi une intervention coronarienne percutanée primaire à la suite d'un infarctus du myocarde avec sus-décalage du segment ST (STEMI). Selon les résultats de cette étude, les femmes ont 50% plus de risque que les hommes de décéder même si on prend en compte d'autres facteurs de risques typiques des patient-es STEMI, parmi lesquels on trouve par exemple l'âge (les femmes étant souvent plus âgées que les hommes lors de l'admission) ou les comorbidités (notamment le diabète et l'hypertension). Autrement dit, l'âge et les comorbidités n'expliquent pas entièrement les différences observées en mortalité intramuros entre les hommes et les femmes. En revanche, les chercheur-ses ont confirmé que les femmes se présentent avec des problèmes cardiaques plus avancés et reçoivent le traitement plus lentement que les hommes ce qui crée des temps ischémiques totaux plus longs et expose plus le myocarde au risque de nécrose.

Selon les chercheur-ses, ce retard dans le traitement offert aux femmes peut s'expliquer par « le manque de sensibilisation au niveau des médecins : ces derniers peuvent être induits en erreur par cette présentation atypique et/ou sous-estimer la possibilité d'un syndrome coronarien aigu, en particulier chez les jeunes femmes ; ce qui peut entraîner des retards dans le diagnostic et le traitement, ainsi qu'un traitement sous-optimal » (Gevaert, et al., 2014). Une autre étude, portant sur un échantillon encore plus grand et incluant tous les patient-es en Belgique ayant subi une intervention coronarienne percutanée (non seulement les STEMI patients), montre aussi une différence de mortalité entre les femmes et les hommes (35% en désavantage pour les femmes). Cette étude exclut la possibilité d'expliquer entièrement par les facteurs d'âge ou de comorbidités cette différence et le fait que « les complications, telles que les hémorragies graves, l'insuffisance rénale aiguë ou les accidents vasculaires cérébraux, sont plus fréquentes chez les femmes » (Lempereur, et al., 2014).

3.2. Disponibilité de (se faire) soigner

Pour être accessibles, les soins de santé doivent être également disponibles. D'une part, il s'agit de la disponibilité des services qui doivent être « atteignables à une distance raisonnable, dans un délai raisonnable, avec une plage horaire suffisamment étendue et avec une prise de contact

aisée, par l'ensemble de la population, sans discrimination, et dans les conditions adaptées aux besoins des patient-es par exemple en garantissant la communication dans la langue du-de la patient-e ou encore par l'existence d'aménagements pour les personnes à mobilité réduite » (Cès, 2021, p. 9). D'autre part, il faut que les personnes aient la capacité d'atteindre les services : l'accès nécessite tout d'abord que la personne soit « capable de se rendre disponible pour se soigner, c'est-à-dire de pouvoir y consacrer du temps (en incluant le temps de transport, le temps passé en salle d'attente et en rendez-vous) qui doit parfois être pris sur du temps passé à des activités impératives, comme le temps de travail ou le temps de garde des enfants ou encore au soutien d'un proche dépendant, etc. » (Idem). Cette capacité dépend de multiples facteurs : situation familiale, conditions matérielles de vie, état de santé, soutien disponible des proches.

Tant du point de vue spatial (la disponibilité géographique des lieux, l'accessibilité des services et des trajets pour les rejoindre, par exemple) que temporel (les heures d'ouverture des services et la durée des trajets pour les rejoindre), les femmes ont plus de risques de rencontrer des difficultés d'accès que les hommes. Elles sont aussi plus nombreuses dans la catégorie des personnes à mobilité réduite (PMR¹⁰) : au-delà d'un handicap physique ou mental, les femmes sont souvent accompagnées par les petits enfants en poussette. En outre, les femmes utilisent plus souvent que les hommes les transports en commun (Sansonetti & Davern, 2021) et dépendent donc de leurs contraintes ainsi que des niveaux d'accessibilité aux PMR.

Les recherches montrent que les femmes qui présentent déjà des problèmes de santé et notamment des maladies et des handicaps avec des limitations physiques rencontrent plus d'obstacles dans l'accès aux soins de santé (Matin, et al., 2021). Cela influence par exemple **l'accès aux soins préventifs tels que les dépistages du cancer de sein ou du cancer du col d'utérus** (Ramjan, Cotton, Algos, & Peters, 2016).

En Belgique, nous constatons aussi ce manque de disponibilité. Cela ressort de notre analyse du nombre des femmes parmi les membres de la MC âgées de 50 à 69 ans¹¹ qui ont eu au moins une mammographie diagnostique et/ou un mammothest en 2020 ou 2021. Pour cela nous avons comparé le recours à ce test par les femmes ayant la reconnaissance du handicap qui peut être de nature

10 On entend par « personne à mobilité réduite » toute personne gênée dans ses mouvements en raison de sa taille, de son état, de son âge, de son handicap permanent ou temporaire ainsi qu'en raison des appareils ou instruments auxquels elle doit recourir pour se déplacer. Voir cawab.be

11 Il s'agit du public cible des programmes du dépistage, l'âge de 41 à 49 étant par exemple non recommandé sauf dans des situations médicales spécifiques.

physique ou mentale par la Direction générale Personnes Handicapées du SPF Sécurité Sociale avec le recours par les femmes sans statut de handicap. Tandis que 64% des femmes sans handicap sont couvertes par le programme de dépistage, seulement 43% parmi les femmes présentant un handicap le sont. Les différences sont présentes pour toutes les tranches d'âges (50-54 ans, 55-59 ans, 60-64 ans et 65-69 ans). L'échantillon de la MC étant très large (représentant 40% des personnes ayant l'assurance maladie soins de santé belge), on peut conclure qu'en Belgique **le fait d'avoir un handicap expose systématiquement les femmes au risque de recourir moins souvent au programme de dépistage (6 femmes sur 10, dans le cas de handicap, ne se font pas dépister contre 4 femmes sur 10 sans handicap).**

Selon les chercheur-ses les raisons du manque d'accès au service de prévention (comme celui du dépistage du cancer) par les femmes sont multiples (Ramjan, Cotton, Algo-so, & Peters, 2016) : à côté des difficultés financières, mais aussi de l'attitude et de la connaissance des professionnel·les de santé (tendance à moins conseiller les femmes handicapées à faire des tests préventifs que les femmes sans handicap), il y a aussi la non-disponibilité physique des services (possibilité du transport ou du parking adapté, les salles ou l'équipement médical inadéquat pour leurs situations) ou du personnel (non formé à la manutention des personnes handicapées). En Belgique, la possibilité de prendre un transport quand on a un handicap est fort réduite : en 2018, à Bruxelles, 94,4% des lignes de tram et 69,4% des lignes de bus de la STIB n'étaient toujours pas accessibles aux PMR et 77% des stations du métro bruxellois ; en Wallonie c'est le cas pour 81,2% des lignes TEC (Femmes prévoyantes socialistes, 2018) et en Flandre de 90% des arrêts De Lijn¹².

Du point de vue du temps, les femmes disposent de moins de temps que les hommes pour s'occuper de leurs besoins en santé. Elles effectuent très souvent un double travail par rapport aux hommes : en plus de leur emploi, elles s'occupent des tâches ménagères et des tâches de soins (enfants, personnes vieillissantes, etc.). On parle de « double peine » ou « *double shift* » en anglais (Federici, 2012). Il s'agit ici de la répartition inégale des tâches intrafamiliales, les femmes consacrant plus de temps que les hommes aux tâches ménagères, aux autres et ont moins de temps libre (Institut pour l'égalité des femmes et des hommes, 2020). Les attentes de disponibilité tem-

porelle aux autres sont également plus élevées à l'égard des femmes : « si les soi-disant vrais hommes doivent faire preuve de force en cas de maladie, les soi-disant bonnes femmes sont censées s'occuper des membres de leur famille et donner la priorité à leurs besoins au détriment de leur propre santé » (Heise, et al., 2019, p. 2445) (Heise, et al., 2019, p. 2445, notre traduction).

3.3. Accessibilité financière des soins

L'aspect de l'accessibilité le plus souvent cité est sans aucun doute l'aspect financier. L'accessibilité financière correspond aux contributions personnelles des patient·es. En veillant à les limiter, d'une part, on ne décourage pas le recours aux soins en cas de besoin et, d'autre part, on protège du risque d'être exposé à des difficultés financières en cas de recours (Cès, 2021, pp. 9-10).

L'accessibilité des soins dépend donc fortement de la situation financière de la personne : plus ses revenus sont faibles plus elle risque de ne pas recourir aux soins. La façon dont les ressources financières sont partagées au sein de la société et plus spécifiquement au sein de la famille n'est donc pas une variable indépendante du recours aux soins. Or, en Europe occidentale, les femmes ont tendance à être plus pauvres que les hommes (Franklin, Bamba, & Albani, 2021). En Belgique, l'écart salarial annuel entre hommes et femmes dépassait encore les 20% en 2018 (Ghesquière, 2021), de même la pension moyenne des femmes constitue seulement 79% de la pension moyenne des hommes (Institut pour un Développement Durable, 2023). En outre, des inégalités de répartition des ressources intrafamiliales existent. Elles concernent notamment les couples avec une femme en situation de dépendance financière par rapport à son mari, mais aussi les ménages qui doivent arbitrer entre les soins de santé des différents membres de la famille et où la priorité est parfois donnée aux enfants avant les parents.

Les données de la MC confirment que les femmes sont plus à risque d'être dans une situation financière difficile : **20,9% des femmes membres de la MC ont le statut BIM contre 17,0% d'hommes (20,5% et 17,2% respectivement après standardisation par âge).** Ces inégalités financières se répercutent sur la santé en provoquant entre autres des situations de report ou de non-recours aux soins de santé.

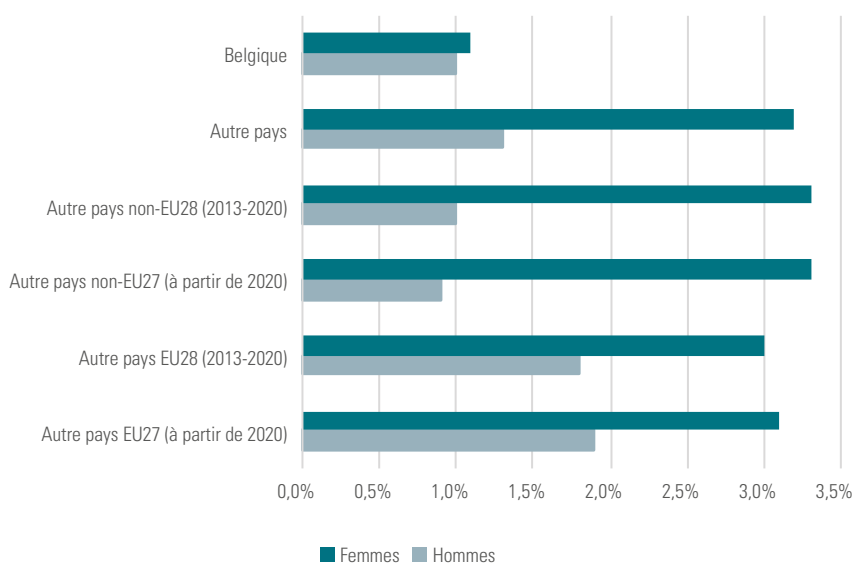
12 <https://www.vlaamsparlament.be/en/parlementair-werk/commissies/commissievergaderingen/1339088/verslag/1341754>

Pour évaluer s'il existe des différences entre les hommes et les femmes sur ce plan, penchons-nous sur les données d'Eurostat qui fait un monitoring des statistiques des besoins en soins de santé qui n'ont pas été rencontrés (*unmet health care needs*)¹³. Selon l'enquête EU-SILC, en 2021, 1,7% des habitant-es de la Belgique auraient rencontré des difficultés à faire suivre leurs problèmes de santé par un-e médecin pour des raisons financières et/ou de distance et/ou de listes d'attentes. La moyenne européenne est de 1,4% pour les personnes âgées de 16 à 44 ans ; 2,1% pour les 45-64 ans ; et 2,8% pour les personnes de 65 ans ou plus. Le gradient économique est bien présent dans ces données : plus les gens sont pauvres, plus ils rapportent avoir des besoins en soins de santé non satisfaits. En outre, des différences significatives (c'est-à-dire qui persisteraient également si on transposait l'analyse sur l'ensemble de la population de la Belgique) peuvent être notées entre les hommes et les femmes : **les femmes rapportent plus de problèmes médicaux (et de soins dentaires) insatisfaits (en 2021, 1,4%**

chez les femmes contre 1,0% chez les hommes)¹⁴. Nous pouvons aller plus loin et comparer les données selon le sexe et selon le pays de naissance de personnes. Il en ressort clairement que les femmes qui sont nées en dehors de la Belgique éprouvent plus de difficultés que les autres groupes et surtout les hommes (voir Figure 4) ce qui montre l'importance de l'intersectionnalité pour mieux appréhender les inégalités de santé.

L'enquête de santé menée par Sciensano présente également des données sur l'accessibilité financière aux soins de santé. En 2018, il en ressort que « les ménages ayant une femme comme personne de référence sont plus nombreux à indiquer avoir dû reporter des soins de santé pour des raisons financières par rapport aux ménages ayant un homme comme personne de référence (13,4% contre 7,0%). Cette différence est significative après standardisation pour l'âge (de la personne de référence) » (Demarest, Charafeddine, Berete, & Drieskens, 2020, p. 14). Dans l'ensemble, la

Figure 4 : Pourcentage de personnes rapportant avoir des besoins non satisfaits en matière d'examen médical en Belgique en 2021, selon le pays de naissance et le sexe (Source : EU-SILC)



13 Ce monitoring s'appuie sur deux types de données : d'une part, les données concernant les soins de santé en général et les services spécifiques liés aux soins de santé qui proviennent de l'enquête européenne sur la santé (EHIS), et d'autre part, les données concernant les soins médicaux et dentaires qui proviennent des statistiques de l'UE sur le revenu et les conditions de vie (EU-SILC). Vu les méthodologies différentes de ces deux enquêtes, leurs résultats ne sont pas comparables. L'enquête EHIS comprend des questions individuelles correspondant aux raisons des besoins non satisfaits en matière de soins de santé. L'enquête EU-SILC ne demande que la raison principale des besoins non satisfaits en matière de soins médicaux ou dentaires. Les parts rapportées dans l'EHIS sont calculées par rapport à la population âgée de 15 ans ou plus ayant eu besoin de soins de santé au cours des 12 mois précédant l'enquête. Les parts rapportées dans l'EU-SILC sont calculées par rapport à l'ensemble de la population âgée de 16 ans ou plus (qu'elle ait eu besoin ou non de soins médicaux ou dentaires). Dans l'enquête EHIS, parmi les raisons pour lesquelles les personnes rencontraient des difficultés à satisfaire leurs besoins en soins de santé figurent trois grandes catégories : raisons financières, problèmes de distance et/ou de transport, et listes d'attente. En 2019, un quart de la population européenne âgée rapporte avoir rencontré ces types de difficultés. Pour la Belgique, ce sont les listes d'attente (6,9%) et les transports/distances qui posent le plus problème. Pour plus de détails, voir https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Unmet_health_care_needs_statistics#Unmet_needs_for_health_care

14 La significativité statistique des différences a été confirmée par Cès & Baeten (2020).

part des ménages qui déclare avoir dû reporter des soins de santé pour des raisons financières augmente avec l'âge (de la personne de référence) jusqu'à la tranche d'âge 45-54 ans. Dans cette catégorie, 12,8% des ménages reportent des soins pour 2,8% des ménages de 75 ans et plus. « **La nécessité de reporter des soins de santé pour des raisons financières touche principalement les familles monoparentales, dont 22,6% affirment être dans cette situation.** Ce pourcentage est également assez élevé pour les personnes seules (10,7%) par rapport aux couples (avec ou sans enfants) » (Idem). Soulignons que selon les données **pour l'année 2019 en Fédération Wallonie-Bruxelles par exemple plus de 8 fois sur 10, c'est une femme qui se retrouve à la tête d'une famille monoparentale** (avec 90% des cas pour les âgées de 15 à 29 ans) (Berger, 2019).

3.4. Acceptabilité des soins prodigués

Une dimension souvent sous-estimée de l'accessibilité des soins de santé est celle de l'acceptabilité des soins par laquelle on entend « la capacité à assurer des prestations de soins qui satisfont au besoin minimum de qualité perçue pour que les personnes acceptent de recourir aux soins de santé » (Cès, 2021, p. 11). Il s'agit ici à la fois de la qualité des soins prestés tant du point de vue de la médecine (sécurité et adéquation des soins) que des attentes et choix individuels (soins à la maison, par exemple) et de la qualité interpersonnelle des relations entre les professionnel·les de santé et les patient·es (respect, bonne communication, absence de discriminations, rapport de confiance, etc.). Les soins de santé qui ne sont pas perçus comme acceptables engendrent des risques supplémentaires pour les personnes, notamment le report des soins dans le futur à cause de mauvaise expérience par le passé. L'aspect de l'acceptabilité des soins est intimement lié à l'aspect de la sensibilité dont nous avons parlé plus haut avec la différence que si l'acceptabilité concerne davantage le traitement, la sensibilité se rapporte au diagnostic.

Nous avons vu que des stéréotypes de genre imprègnent la pratique médicale : les professionnel·les de santé posent leurs choix en se basant non seulement sur leurs connaissances médicales, mais aussi sur des idées implicites et non thématiques par les professionnel·les eux-mêmes (Chapman, Kaatz, & Carnes, 2013). Une approche du genre en tant que système social permet de tenir compte de différents facteurs qui influencent la réalité sociale. En particulier, cela permet de voir qu'il n'est pas surprenant que la pratique des professionnel·les de santé soit genrée dans la mesure où la profession médicale

elle-même est une profession fortement genrée. En effet, une des sources des inégalités de genre dans les soins de santé se trouve, selon de nombreux chercheur·ses, dans la formation des professionnel·les de santé. À l'heure d'aujourd'hui, dans les programmes des formations, il manque de l'attention à la fois aux différences entre les sexes et aux questions de genre, tout comme aux questions de la pauvreté, de la migration, et des discriminations structurelles de façon générale. Cette attention pourrait aider les professionnel·les de santé à prendre conscience des biais qui informent inévitablement leur pratique clinique (Fitzgerald & Hurst, 2017).

En outre, en amont de la formation des professionnel·les de santé, il est nécessaire de prendre en compte la situation au sein même du corps professionnel. Dans la plupart des pays occidentaux, on constate en effet une inégalité de la représentation entre les hommes et les femmes au sein des professions des soins. Cela concerne premièrement le plan horizontal du système médical, certaines spécialités (comme la chirurgie par exemple) étant occupées majoritairement par les hommes tandis que d'autres par les femmes (pédiatrie, pédopsychiatrie) (Riska, 2010). Ce 'partage' reproduit les stéréotypes concernant les natures féminine (douce, attentive) et masculine (précise, forte, autonome, responsable) en dévalorisant ainsi le travail des femmes par rapport à celui des hommes. Or cela peut influencer l'acceptabilité des soins directement, car cela implique l'impossibilité de choisir un·e professionnel·le du sexe qui nous convient plus, mais aussi de ne pas avoir le même type de traitement. Ainsi une récente étude belge montre que les femmes gynécologues ont, pour le même emploi du temps, moins de consultations que les hommes pour des raisons de temps et d'attention pour chaque patient·e (Delvigne, Becu, van Wiemeersch, Bossens, & Vandromme, 2018).

Deuxièmement, les inégalités se manifestent aussi sur le plan vertical du système des soins, comme plus généralement dans la société. Au plus on monte l'échelle de pouvoir, au moins on trouve de femmes, et à l'inverse, c'est parmi les infirmier·ers et les aides-soignant·es, ou encore les *community health workers* que les femmes constituent la majorité. Or, être en bas de l'échelle de pouvoir ou être engagé dans les spécialités 'moins prestigieuses' correspond non seulement à des revenus et à une sécurité d'emploi moindres, mais également à plus de risque d'abus et de dévalorisation du travail effectué. Ces constats ont des conséquences sur la qualité des soins : « ces problèmes de surcharge de travail et de maltraitance se traduisent par un stress au travail, une insatisfaction professionnelle

et un épuisement professionnel des infirmières, ce qui se traduit par une baisse de la qualité des soins » (Hay, et al., 2019, notre traduction). Or, comme les femmes sont plus nombreuses à souffrir de maladies invalidantes, elles sont alors plus à risque de souffrir de la baisse de la qualité des soins due aux mauvaises conditions de travail des soignantes.

Penchons-nous sur les données concernant la répartition des travailleurs et travailleuses des soins de santé selon le sexe en Belgique. En prenant le système de santé de façon globale, on constate que les femmes constituent la majorité des travailleurs et travailleuses des soins de santé : selon les données de Statbel, **les femmes constituent presque 80% de tous les soignant-es (médecins, infirmier-es, aides-soignant-es confondues)**¹⁵. Avec 85% et 91% pour les infirmier-es et aides-soignant-es respectivement (voir Tableau 1).

Il faudrait compléter ce tableau par les données sur les positions décisionnelles les plus hautes du système de santé. Dans les instances de décision, les femmes sont très fortement en minorité. Selon nos calculs, au sein du Conseil national de l'Ordre des médecins seulement cinq membres parmi les 38 sont des femmes, soit 13% des membres et suppléant-es confondus¹⁶. De même, l'Académie royale de médecine de Belgique compte 16 femmes parmi ses 86 membres titulaires, soit à peine 1 membre sur 5¹⁷. Ou encore, parmi les 159 directeur-rices des hôpitaux belges seulement 33 sont des femmes, soit à peine 21% (Source : données du SPF Santé publique via UNESSA).

Le fait est que le monde médical et notamment ces ins-

tances de décision ne sont pas règlementés en matière d'égalité de représentation entre les hommes et les femmes. Dans la sphère politique, par exemple, la loi de 1999 fixe la part des parlementaires de sexe féminin (Chambre des représentants) à un minimum de 25%. L'arrêté royal du 2 juin 2012 fixe un quota de femmes aux deux premiers degrés de l'administration fédérale : au moins un-e haut-e fonctionnaire sur trois doit être une femme. En 2011, des quotas ont été instaurés dans les entreprises belges cotées en bourse. La loi prévoit que le conseil d'administration de ces entreprises doit compter (selon leur taille, entre autres critères) au minimum un tiers et au maximum deux tiers de membres de l'un ou l'autre sexe¹⁸. Avec l'adoption de la nouvelle directive de la Commission européenne proposée en 2022, ce quota sera élevé pour atteindre 40%¹⁹. Dans cette perspective, l'absence de réglementation de la répartition hommes, femmes dans la gestion des soins de santé est interpellante au vu de la représentation actuelle non égalitaire.

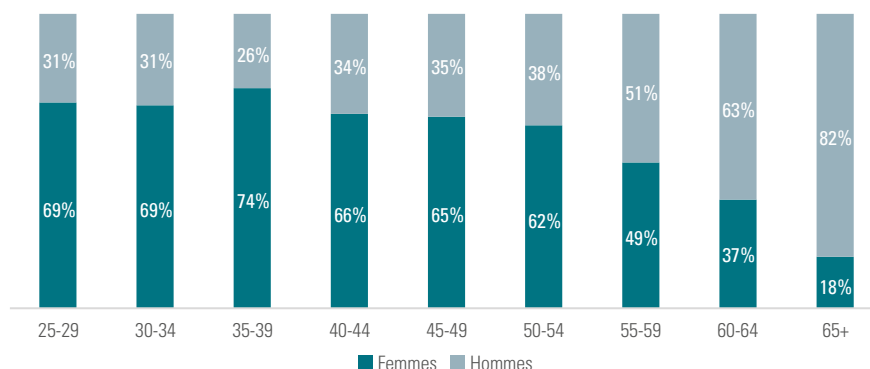
Les *Statistiques annuelles des professionnels des soins de santé en Belgique* publiées par le SPF Santé publique dénombrent les professionnel·les en droit d'exercer en Belgique²⁰. En 2022 la Belgique comptait 583.723 professionnel·les de santé domicilié·es dans le pays (médecins, dentistes, kinésithérapeutes, infirmières, sage-femmes, aides-soignantes, pharmacien·nes, psychologues clinicien·nes, orthopédagogues et paramédicaux) dont 17.914 médecins généralistes, et 31.416 médecins spécialistes agré·es²¹. En termes de répartition par sexe 46% des généralistes sont des femmes. Chez les médecins spécialistes, 45% sont des femmes et 55% sont des hommes. Dans ces

Tableau 1 : Répartition du personnel des soins de santé par sexe en 2020 (Source : Statbel)

Sexe	Total soins de santé	Médecins	Infirmier-es	Aides-soignant-es
Femmes	78,60%	48,35%	85,40%	90,82%
Hommes	21,40%	51,65%	14,60%	9,18%
Total en nombres absolus	416.038			

15 <https://statbel.fgov.be/fr/themes/datalab/personnel-des-soins-de-sante>
16 <https://ordomedic.be/fr/conseil-national/composition>
17 <https://www.armb.be>
18 [https://www.oecd.org/fr/belgique/quotas-egalite-hommes-femmes.htm#:~:text=La%20Belgique%2C%20o%C3%B9%20les%20femmes,\(17%2C8%20%25\).](https://www.oecd.org/fr/belgique/quotas-egalite-hommes-femmes.htm#:~:text=La%20Belgique%2C%20o%C3%B9%20les%20femmes,(17%2C8%20%25).)
19 <https://www.europarl.europa.eu/news/fr/press-room/20220603IPR32195/accord-pour-renforcer-l-equilibre-des-genres-dans-les-entreprises>
20 Les professionnels en droit d'exercer en Belgique sont les professionnels disposant, au 31 décembre, d'un visa valide, et ce pour les trois dernières années et selon diverses variables. Les différences entre les statistiques annuelles du SPF et les données de Statbel s'expliquent par les différences dans les calculs.
21 <https://5199.f2w.fedict.be/fr/documents/hwf-statistiques-annuelles-2022-statistiques-detaillees>

Figure 5 : Médecins généralistes en droit d'exercer en Belgique au 31/12/2022, selon l'âge et le sexe (Source : SPF Santé publique)

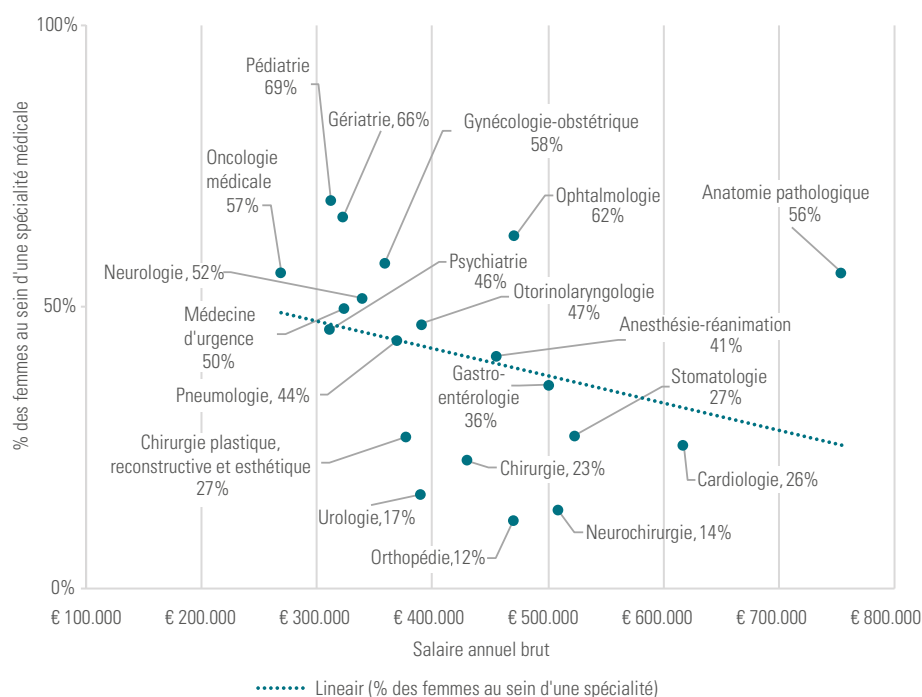


deux groupes, la même tendance vers la féminisation de la profession grâce aux jeunes générations s'observe (pour les médecins généralistes voir par exemple Figure 5).

Ces chiffres moyens cachent pourtant des inégalités importantes entre les différentes spécialisations. 65% des praticien-nnes en pédiatrie, gériatrie, dermato-vénérologie, psychiatrie infantile-juvénile sont des femmes. Pour d'autres spécialisations, telles qu'orthopédie, neurochirurgie, chirurgie,

neuropsychiatrie, cardiologie, stomatologique, radio-diagnostic, elles sont moins de 35%. Ces données confirment les observations dans d'autres pays dont nous avons parlés plus haut. Cela suggère aussi que les stéréotypes de genre interviennent dans ce 'partage' des compétences entre d'une part des spécialités plus féminines (demandant plus d'interactions et d'investissements émotionnels) et plus masculines (précises, techniques, etc.).

Figure 6 : Pourcentage des femmes par spécialités médicales en fonction du salaire annuel moyen brut 2021 (Source : SPF Santé publique et KCE)



Enfin, pour approfondir le sujet, croiser les données sur la part des femmes par spécialisation médicale avec les données salariales est intéressant pour voir comment les inégalités de genre se croisent et se renforcent par les inégalités économiques. Les données salariales des spécialités médicales étant difficilement disponibles, nous utilisons les chiffres du KCE pour l'année 2010 (Swartenbroekx, Obyn, Guillaume, Lona, & Cleemput, 2012) en les indexant²². Une analyse des données montre que **plus le salaire annuel d'une spécialité est élevé, plus il y a de chances que les hommes y soient majoritairement représentés**. À la figure 6, nous pouvons observer cette relation entre les salaires pour certaines spécialités médicales et le pourcentage des femmes par spécialités médicales, en sachant que nous n'y avons pas inclus, afin de ne pas biaiser la présentation graphique, les salaires annuels moyens bruts dépassant 800.000 euros par an comme celui pour la médecine nucléaire — (37% des femmes), le radiodiagnostic — (31% des femmes) ou encore la biologie clinique — (50% des femmes). Il en ressort ainsi les écarts des salaires importants entre les spécialités majoritairement masculines (350.000 – 500.000 euros) et les spécialités majoritairement féminines (200.000 – 250.000 euros).

4. Résumé des résultats

Le point de départ de notre étude est ce constat : il existe en Belgique des inégalités de santé entre les hommes et les femmes. Les femmes ont plus de risque de souffrir de maladies invalidantes, c'est-à-dire de maladies de longue durée ou qui les limitent fortement dans leurs activités quotidiennes jusqu'au point de mettre en péril leur capacité à travailler (Sciensano, 2021). Selon le Bureau fédéral du Plan, en 2021, la part des femmes en incapacité de travail de longue durée était de 14,7% tandis que celle des hommes était de 8% (tous âges confondus). Plus important encore, cette situation a tendance à s'empirer : l'augmentation considérable du nombre de personnes en incapacité de travail observée ces dernières années signale l'aggravation de la santé des femmes, notamment de plus de 50 ans (Institut pour le développement durable, 2022). En sachant que l'accès aux soins de santé, fort dépendant des facteurs sociaux, joue un rôle central dans la réduction

des inégalités en santé, nous avons étudié la façon dont le genre — en tant que système de valeurs et de représentations sur les sexes intrinsèque aux rapports de dominations privilégiant les hommes (Bereni, Chauvin, Jau-nait, & Revillard, 2020) — imprègne la pratique médicale via les quatre dimensions de l'accessibilité (Cès, 2021). Il en ressort que les femmes peuvent en effet rencontrer de nombreux obstacles en matière d'accessibilité des soins.

Du point de vue de la sensibilité du système des soins aux besoins en santé, les femmes courent un risque accru d'être confrontées à un sous-diagnostic, aussi bien pour des problèmes de santé typiquement féminins (notamment liés au système reproductif, comme l'endométriose (Mat-suzaki, et al., 2006)) que pour des problèmes identiques à ceux des hommes. Le cas des maladies cardiovasculaires illustre bien l'androcentrisme de la science médicale où des symptômes féminins différents entraînent des sous-diagnostics (Mauvais-Jarvis, et al., 2020). Cela a pour conséquence également des différences de traitements des maladies cardiovasculaires que peu d'éléments outre des éléments genrés semblent expliquer (Gevaert, et al., 2014 ; Lempereur, et al., 2014). Selon les données de l'INA-MI par exemple, en Belgique, au cours de l'année 2021, les femmes ont eu trois fois moins d'interventions percutanées coronariennes que les hommes alors que les risques des maladies cardiovasculaires sont équivalents aujourd'hui pour les hommes et les femmes (voir 2.1.).

Du point de vue de la disponibilité de (se faire) soigner, accéder aux soins de santé apparaît d'autant plus difficile pour les femmes étant donné leurs contraintes spatiales et temporelles. Elles sont confrontées à plus de difficultés que les hommes pour trouver le temps de se rendre aux rendez-vous à cause de la charge inégale dans la gestion du ménage et d'aide aux autres membres de la famille (Institut pour l'égalité des femmes et des hommes, 2020), mais aussi de rejoindre les services, car par exemple les transports en commun ne sont pas toujours adaptés aux personnes à mobilité réduite (Femmes prevoyantes sociales, 2018). Cela peut être observé par exemple dans le cas des femmes avec un handicap qui courent un risque accru du sous-diagnostic du cancer de sein à cause du non-recours au dépistage lié à son tour à la non-disponibilité des services (Ramjan, Cotton, Algosio, & Peters, 2016). Selon les données de la MC pour les années 2020 et 2021, en Belgique 6 femmes sur 10, dans la situation de

22 Notons des limites importantes des données du KCE : le nombre d'hôpitaux participant à l'étude étant bas, les chiffres pourraient sans doute être davantage précis et risquent de ne pas refléter toutes les nuances des spécialités. Toutefois ce sont les seuls chiffres disponibles sur le sujet et qui permettent d'avoir une vision de la situation financière des travailleurs de santé. Par ailleurs, la MC a déjà exprimé son inquiétude quant au manque de la transparence concernant les salaires des médecins et a formulé des recommandations visant à réduire la tension salariale entre eux-elles (MC, 2021).

handicap, n'ont pas participé au programme du dépistage du cancer de sein contre 4 femmes sur 10 sans handicap (voir 2.2.).

Du point de vue de l'accessibilité financière des soins santé, les femmes sont plus à risque de non-recours et reports de soins pour des raisons financières. Leur situation financière reste globalement moins bonne que celle des hommes (écarts salariaux, risques des familles monoparentales, écarts de pension, etc.) (Franklin, Bambra, & Albani, 2021 ; Deschietere, et al., 2020). Selon les données d'Eurostat, en Belgique les femmes rapportent plus de problèmes médicaux et de soins dentaires insatisfaits et parmi elles ce sont les femmes nées en dehors de la Belgique qui ont rapporté le plus de problèmes non traités (voir 2.3.).

Du point de vue de l'acceptabilité des soins prodigués, les femmes courent aussi le risque de recevoir des traitements inadéquats. Cela peut être dû au retard de prise en charge, mais aussi aux stéréotypes qui peuvent modifier l'attitude des professionnel·les de santé envers les femmes (Chapman, Kaatz, & Carnes, 2013). La prégnance des biais genrés s'explique en grande partie par le fait que, dans son ensemble, le système de santé reproduit des inégalités de genre : les postes de direction ne sont pas également répartis parmi les hommes et les femmes, les femmes restant majoritaires dans les spécialités soit dites féminines, soit simplement mal rémunérées (Riska, 2010). En Belgique, un équilibre entre les hommes et les femmes au sein du corps médical (généralistes et spécialistes) s'approche grâce aux jeunes générations majoritairement féminines, néanmoins certaines spécialités, notamment les plus lucratives, restent majoritairement masculines, tout comme les postes de direction d'hôpitaux (voir 2.4.). En outre, dans la mesure où la pratique médicale est fortement influencée par la recherche en santé, la féminisation de la *profession* médicale sans la remise en question de la prétendue 'neutralité' des standards de la *science* médicale n'aboutira pas à la réduction des inégalités.

On constate donc des différences injustifiées dans l'identification et la réponse aux besoins de santé des personnes en fonction de leur sexe en Belgique au niveau de la pré-

vention, du diagnostic, du traitement, de la composition du corps médical, mais aussi plus fondamentalement au sein de la science médicale elle-même. La source du problème est en effet aussi dans la construction même de la connaissance (Holdcroft, 2007) qui néglige l'expérience des femmes tant lors de la formulation des hypothèses (similitudes ou différences supposées et erronées entre les hommes et les femmes), que de l'élaboration de la méthodologie de recherche (où la sous-représentation des femmes demeure un véritable problème (Daitch, Turjeman, Poran, & et al, 2022)). Enfin, les exemples des inégalités dans le recours aux soins en fonction du handicap et du pays de naissance illustrent le fait qu'il serait hâtif de considérer les femmes comme un groupe homogène. L'approche des politiques en santé doit donc être calibrée en tenant compte des situations complexes des personnes (principe de l'intersectionnalité) et des besoins (principe de l'universalisme proportionné²³).

5. Recommandations

Comment réduire les inégalités de genre dans les soins de santé en Belgique ? Une combinaison d'actions à différents niveaux est nécessaire pour viser ultimement — outre la suppression des discriminations genrées d'opportunités, d'allocations des moyens et d'accès aux services — l'équité dans la distribution du pouvoir, des ressources et de la responsabilité ; en tenant compte des différences dans les besoins entre les personnes, et notamment entre les hommes et les femmes, et du déséquilibre caractéristique de la société d'aujourd'hui (Kuhlmann & Annandale, 2010, p. 21). Nous formulons ici une série de recommandations à partir de nos analyses et d'une revue des recommandations de l'OMS (Organisation mondiale de la santé, 2021), des Nations Unies (United Nations, 2016), de la Commission européenne (European commission, European handbook on equality data, 2016; Franklin, Bambra, & Albani, 2021 ; European Institut for Gender Equality, 2021) et de différents chercheur·ses internationaux (Haut conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes, 2020).

23 « Le principe d'universalisme proportionné vise à offrir des interventions universelles, mais avec des modalités ou une intensité qui varient selon les besoins (« *universal solutions with effort proportional to need* » (Marmot, 2010)). En d'autres mots, il postule qu'il faut chercher à obtenir des résultats en santé universels pour l'intégralité de sa population. À partir de cet objectif, il construit une politique rectificative afin de corriger les inégalités de santé observées. Ce principe n'est donc pas à confondre avec des politiques d'actions ciblées. Si dans la pratique, ils peuvent se superposer (c'est-à-dire concerner des groupes similaires) dans la méthode, ils partent d'un postulat opposé : les politiques ciblées partent de groupes cibles alors que l'universalisme proportionné part d'un objectif commun à tous les groupes pour identifier les politiques spécifiques à développer » (Derroitte, 2022, p.2).

5.1. Aux responsables de la recherche scientifique en santé

5.1.1. Éviter les biais de genre dans la recherche en santé

Les biais de genre peuvent affecter les différentes étapes de la recherche tant quantitative que qualitative en santé : la formulation de la question de recherche, la conception de la méthodologie de travail, la récolte des données, leur analyse et leur implémentation. Parmi les différentes façons de biaiser les résultats lors de la collecte des données, on peut citer l'absence ou la non-utilisation des données désagrégées par sexe, l'exclusion d'un des sexes lors des recrutements ou encore le sous-rapportage des données pour un des sexes. Les femmes sont ainsi souvent exclues des études cliniques ou en constituent la minorité notamment à l'âge avancé même si leur santé est tendanciellement pire que celles des hommes âgés.

Néanmoins, l'accès à des données désagrégées par sexe doit encore être suivi par un travail d'analyse des différences observées sous l'angle de genre, c'est-à-dire sous le prisme des relations et les normes de pouvoir entre les hommes et les femmes et leurs conséquences dans les systèmes de santé. Il faut donc encore comprendre dans quelle mesure et pourquoi les différences observées sont injustifiées et injustes et donc évitables. Le manque de données en termes de genre est donc loin d'être anodin, il reflète la façon dont le système de santé maintient le *status quo* et perpétue les inégalités : « ce qui est mesuré reflète ce qui est implicitement valorisé ou perçu comme étant les principales priorités d'un système de santé » (Young, Mangwi Ayiasi, Shung-King, & Morgan, 2020, notre traduction).

Nous recommandons de porter une attention particulière à la constitution des échantillons et des groupes cibles étudiés afin de tenir compte de leur diversité (lors des enquêtes, des analyses statistiques, des études cliniques, etc.) et de questionner les différences entre hommes et femmes observées. Cela inclut d'examiner le genre en relation avec d'autres stratificateurs sociaux, tels que la classe, l'origine, l'éducation, l'ethnicité, l'âge, la situation géographique, les handicaps et la sexualité, idéalement dans une perspective intersectionnelle.

5.1.2. Récolter et analyser les données sur les biais de genre dans les soins de santé

Peu des données désagrégées par sexe sont aujourd'hui disponibles à l'égard de la performance du système des soins de santé, son accessibilité, son efficacité et sa

qualité. Il existe peu d'analyses qui visent à comprendre « les relations et les normes de pouvoir entre les hommes et les femmes et leurs conséquences dans les systèmes de santé, y compris la nature de la vie des femmes et des hommes, la manière dont leurs besoins et leurs expériences diffèrent au sein du système de santé, les causes et les conséquences de ces différences, et la manière dont les programmes, les services et les politiques peuvent être mieux organisés pour réduire, prendre en compte ou corriger les différences entre les hommes et les femmes » (Morgan, et al., 2016, p. 2, notre traduction). Par ailleurs les discriminations raciales à l'égard des femmes restent un domaine peu étudié en Belgique. Une des raisons est le manque de données, notamment dans le champ de la santé. Ce manque de données a été souligné dans les recommandations à la suite de la recherche menée par UNIA en partenariat avec la Cellule Égalité des chances (SPF Justice) et cofinancée par le programme REC (Rights, Equality and Citizenship) de la Commission européenne (UNIA, 2021).

Nous recommandons à tous les organismes de recherche actifs dans l'évaluation et la préparation des politiques de santé publique (Agence intermutualiste, KCE, Inami, Scien-sano) de développer des analyses spécifiques sur le genre.

Il est également nécessaire de faire un monitoring régulier des discriminations de genre en santé et soins de santé en renforçant les plateformes existantes de l'enregistrement des plaintes comme Unia.

Enfin, nous insistons sur l'importance d'améliorer la collecte et l'analyse des données sur les discriminations raciales dans le domaine de la santé.

5.2. Aux différent-es responsables dans le système des soins de santé

5.2.1. Éviter les biais de genre dans la pratique médicale au niveau de la prévention, du diagnostic, du traitement et du suivi

Garantir l'accessibilité des soins de santé signifie garantir ses quatre dimensions : sensibilité à l'état de santé, disponibilité, accessibilité financière et acceptabilité de l'offre de soin. Les personnes doivent être traitées en fonction de leurs besoins en santé, qui sont médicaux, mais aussi sociaux. Afin d'éviter que la vision genrée des sexes influence la pratique clinique, il est nécessaire de veiller au renforcement de la « **sensibilité au genre dans les soins**

de santé » (*gender sensitivity in healthcare*), c'est-à-dire la capacité à discerner la façon dont les soins de santé peuvent reproduire les rapports de pouvoir inhérents au genre (Celik, Lagro-Janssen, Widdershoven, & Abmad, 2011). Il faut également incorporer les données en lien avec la question de genre dans la médecine fondée sur les données probantes (*evidence based medicine*) (Holdcroft, 2007). Cette sensibilisation doit combiner les approches *top down* organisationnelles qui régulent la pratique clinique, et *bottom up* individuelles qui s'appuient sur l'expérience des patient-es et la réalité de terrain des soignant-es.

Nous recommandons ainsi d'introduire et/ou adapter des protocoles médicaux afin de prendre en compte des différences de sexe et réduire les inégalités de genre.

La méthode de l'universalisme proportionné doit être appliquée dans les programmes de prévention afin de moduler ces derniers en fonction des besoins, des conditions de vie et de l'hétérogénéité des publics visés.

En outre, il est nécessaire de continuer à rendre les soins centrés sur les objectifs de vie de la personne et pour cela de garantir l'implication des patient-es dans le processus médical et rendre le système plus centré sur les patient-es.

5.2.2. Rendre obligatoire la parité hommes-femmes dans les lieux de gestion et de coordination des soins de santé

Malgré la féminisation de la profession médicale grâce aux jeunes générations, certaines spécialités restent majoritairement masculines. Il s'agit tendanciellement des spécialités les plus lucratives. En outre, les femmes restent minoritaires dans les lieux de décision comme les postes de directions des hôpitaux. Cependant les femmes sont majoritaires au sein du corps des infirmier-es et des aides-soignant-es.

Nous recommandons d'introduire des quotas hommes-femmes dans les postes de direction du système des soins de santé, allant des comités nationaux de santé jusqu'aux directions des hôpitaux.

Il est également nécessaire de tenir compte des inégalités de genre et des inégalités économiques au sein des professions médicales lors de la prise des décisions budgétaires.

Sans rendre certaines dépenses budgétaires davantage transparentes, notamment en rendant publiques les informations sur les salaires des soignant-es, il est impossible de faire une analyse exacte de la situation du corps professionnel des soins de santé.

5.3. Aux responsables des formations en santé

5.3.1. Améliorer la formation des professionnel-les de santé aux questions de genre

Afin d'éviter la reproduction des stéréotypes de genre dans la pratique médicale, il est nécessaire de sensibiliser et former les personnels soignants à prendre en compte les interactions entre sexe et genre dans les pathologies, mais aussi dans la relation clinique.

Nous recommandons de revoir la formation initiale des étudiant-es en médecine pour introduire la thématique des biais de genre.

De même, il est nécessaire d'organiser une formation continue de tous les professionnel-les de santé.

Enfin, nous suggérons d'organiser des programmes de formation en Genre et Santé pour les étudiant-es et professionnel-les dans les domaines de la recherche clinique et biomédicale. De même il est nécessaire de veiller à l'égalité entre les sexes au sein des équipes, dans le portage des appels à projets et dans les comités de sélection des projets et d'attribution des financements.

Bibliographie

- Avalosse, H., Noirhomme, C., & Cès, S. (2022). Inégaux face à la santé. *Santé & Société*, 4, 6-31.
- Bereni, L., Chauvin, S., Jaunait, A., & Revillard, A. (2020). *Introduction aux études sur le genre*. Bruxelles : De Boeck.
- Berger, A. (2019). *Famille monoparentale : attention pauvreté*. Réseau Financité.
- Bird, C., & Rieker, P. (2008). *Gender and Health: The Effects of Constrained Choices and Social Policies*. New York: Cambridge University Press.
- Bruinvels, G., Burden, R.J., McGregor, A.J., Ackerman, K.E., Dooley, M., Richards, T., Pedlar, C. (2016). Sport, exercise and the menstrual cycle: where is the research? *British Journal of Sports Medicine*, 51, 487-488.
- Calderone, K. (1990). The influence of gender on the frequency of pain and sedative medication administered to postoperative patients. *Sex Roles*, 23, 713-725.
- Celik, H., Lagro-Janssen, T., Widdershoven, G., & Abmad, T. (2011). Bringing gender sensitivity into healthcare practice: A systematic review. *Patient Education and Counseling*, 84, 143-149.
- Cès, S. (2021). L'accès aux soins de santé : définitions et enjeux. *MC-Informations*, 286, 4-22.
- Cès, S., & Baeten, R. (2020). *Inequalities in access to healthcare in Belgium*. Brussels : European Social Observatory.
- Chapman, E. N., Kaatz, A., & Carnes, M. (2013). Physicians and implicit bias: how doctors may unwittingly perpetuate health care disparities. *Journal of general internal medicine*, 28(11), 1504-1510.
- Colard, F. (2019). *Femmes et maladies cardio-vasculaires : Quand une approche non genrée de la santé fait des ravages*. Bruxelles : Femmes Prévoyantes Socialistes.
- Connell, R., & Messerschmidt, J. (2005). Hegemonic Masculinity: Rethinking the Concept. *Gender & Society*, 19, 829-859.
- Courtenay, W. (2000). Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Social science & medicine*, 50(10), 1385-1401.
- Criado Perez, C. (2020). *Invisible Women: Exposing data bias in a world designed for men*. New York: Abrams Press.
- Daitch, V., Turjeman, A., Poran, I., & et al. (2022). Underrepresentation of women in randomized controlled trials: a systematic review and meta-analysis. *Trials*, 23, 1038.
- Delvigne, A., Becu, L., van Wiemeersch, J., Bossens, M., & Vandromme, J. (2018). More women gynecologists in Belgium: assessment of changes in the workforce—a survey. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 298, 1139-1148.
- Demarest, S., Charafeddinne, R., Berete, F., & Drieskens, S. (2020). *Enquête de santé 2018 : Accessibilité financière aux soins de santé. Numéro de rapport : D/2020/14.440/23*. Bruxelles : Sciensano.
- Derroitte, E. (2022). Inégaux face à la santé. *Santé & Société*, 4, 2-6.
- Derroitte, E., Cès, S., Sholokhova, S. (2023). *Les inégalités de santé, un problème structurel. Policy brief pour le projet Inclusion Egalité Solidarité (INES)*. Bruxelles.
- Deschietere, G., Luts, A., Schuller, W., Heymans, J.-P., Germeau, N., Cool, G., . . . Nizet, L. (2020). Ce que la pandémie fait à la psychiatrie : sommes-nous entrés dans une psychiatrie de guerre ? *Louvain Médical*, 139(5-6), 344-348.
- Devos, C., Cordon, A., Lefèvre, M., Obyn, C., Renard, F., Bouckaert, N., . . . Meeus, P. (2019). *Performance of the Belgian health system – report 2019. KCE Reports 313. D/2019/10.273/34*. Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE).
- Dorlin, E. (2008). *Sexe, genre et sexualité : Introduction à la théorie féministe*. Paris : Presses Universitaires de France.
- European commission. (2016). *European handbook on equality data*.
- European commission. (2021). *2021 report on gender equality in the EU*. Luxembourg : Publications Office of the European Union.
- European Institut for Gender Equality. (2021). *Gender Equality Index 2021: Health*. Luxembourg : Publications Office of the European Union.
- Federici, S. (2012). *Revolution at Point Zero: Housework, Reproduction, and Feminist Struggle*. Oakland : PM Press.
- Femmes prevoyantes socialistes. (2018). *Femmes et transports en commun : des parcours des combattantes ?*
- Fitzgerald, C., & Hurst, S. (2017). Implicit bias in healthcare professionals: a systematic review. *BMC Medical Ethics*, 18.
- Franklin, P., Bambra, C., & Albani, V. (2021). *Gender equality and health in the EU*. Brussels: European Commission.

- Gevaert, S., De Bacquer, D., Evrard, P., Convens, C., Dubois, P., Boland, J., . . . Claeys, M. (2014). Gender, TIMI risk score and in-hospital mortality in STEMI patients undergoing primary PCI: results from the Belgian STEMI registry. *Eurointervention*, 9, 1095-1101.
- Gillard, P. (2021). Adopter une approche de genre en santé. *Santé conjugulée*, 95, 10-12.
- Haut conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes de la République Française (2020). *Prendre en compte le sexe et le genre pour mieux soigner : un enjeu de santé publique*.
- Hay, K., McDougal, L., Percival, V., Henry, S., Klugman, J., Wurie, H., . . . Kharel, C. (2019). Disrupting gender norms in health systems: making the case for change. *Lancet*, 393(10190), 2535-2549.
- Heise, L., Greene, M., Opper, N., Stavropoulou, M., Harper, C., Nascimento, M., & Zewdie, D. (2019). Gender inequality and restrictive gender norms: framing the challenges to health. *Lancet*, 2440-2454.
- Hoffmann, D., & Tarzian, A. (2001). The Girl Who Cried Pain: A Bias Against Women in the Treatment of Pain. *Journal of Law, Medicine and Ethics*, 29, 13-27.
- Holdcroft, A. (2007). Gender bias in research: how does it affect evidence based medicine. *Journal of Royal Society of Medicine*, 100.
- INAMI. (2022). *Variations de pratiques médicales. Reperfusion myocardique (Ajusté). Analyse de la répartition et de l'évolution de la pratique médicale en volumes et en dépenses par assuré en Belgique*. Récupéré sur https://www.belgiqueenbonnesante.be/images/INAMI/Rapports/RAPPORT-FR-Reperfusion_myocardique_Ajuste_2021.pdf
- Institut pour le développement durable. (2022). La proportion de salarié.e.s du secteur privé en incapacité primaire ou en invalidité. *Brève de l'IDD*, 60.
- Institut pour le développement durable. (2023). Les pensionnés de 2021: à quel âge ont-ils pris leur pension et quels sont leurs revenus? *Note de l'IDD*.
- Institut pour l'égalité des femmes et des hommes. (2020). *Femmes et hommes en Belgique. 3ième édition*. Bruxelles.
- Jneid, H., Fonarow, G. C., Cannon, C. P., Hernandez, A. F., Palacios, I. F., Maree, A. O., . . . Committee, & G. (2008). Sex Differences in Medical Care and Early Death After Acute Myocardial Infarction. *Circulation*, 118(25), 2803-2810.
- Kuhlmann, E., & Annandale, E. (2010). Bringing Gender to the Heart of Health Policy, Practice and Research. Dans E. Kuhlmann, & E. Annandale, *The Palgrave Handbook of Gender and Healthcare* (pp. 1-18). New York: Palgrave Macmillan.
- Lempereur, M., Magne, J., Cornelis, K., Hanet, C., Taeymans, Y., Vrolix, M., & Legrand, V. (2014). Impact of gender difference in hospital outcomes following percutaneous coronary intervention. Results of the Belgian Working Group on Interventional Cardiology (BWIG) registry. *Eurointervention*, 10.
- Marmot, M. (2010). *The Health Gap: The Challenge of an Unequal World*. London : Bloomsbury.
- Matin, B. K., Williamson, H. J., Karyani, A. K., Rezaei, S., Soofi, M., & Soltani, S. (2021). Barriers in access to healthcare for women with disabilities: a systematic review in qualitative studies. *BMC women's health*, 21(1), 44.
- Matsuzaki, S., Canis, M., Pouly, J. L., Rabischong, B., Botchorishvili, R., & Mage, G. (2006). Relationship between delay of surgical diagnosis and severity of disease in patients with symptomatic deep infiltrating endometriosis. *Fertility and sterility*, 86(5), 1314-1317.
- Mauvais-Jarvis, F., Merz, N., Brinton, R., Carrero, J.-J., DeMeo, D., De Vries, G., . . . Suzuki, A. (2020). Sex and gender: modifiers of health, disease, and medicine. *Lancet*, 396, 565-582.
- MC. (2021). *Rémunération raisonnable et responsable des médecins dans le secteur des soins de santé : Proposition de réflexion éthique*. Bruxelles
- Mogil, J. S. (2020). Qualitative sex differences in pain processing: emerging evidence of a biased literature. *Nature reviews. Neuroscience*, 21(7), 353-365.
- Morgan, R., George, A., Ssali, S., Hawkins, K., Molyneux, S., & Theobald, S. (2016). How to do (or not to do)... gender analysis in health systems research. *Health Policy and Planning*, 1-10.
- Organisation mondiale de la santé. (2021). *Integrating gender data in health information systems: challenges, opportunities and good practices*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Porta, M. (Éd.). (2014). *A Dictionary of Epidemiology. 6th Edition*. Oxford : Oxford University Press.
- Ramjan, L., Cotton, A., Algozo, M., & Peters, K. (2016). Barriers to breast and cervical cancer screening for women with physical disability: A review. *Women & Health*, 56(2), 141-156.
- Riska, E. (2010). Women in the Medical Profession: International Trends. Dans E. Kuhlmann, & E. Annandale (Éds.), *The Palgrave Handbook of Gender and Healthcare* (pp. 423-438). New York: Palgrave Macmillan.

- Rudic, J., Poropat, G., Krstic, M., Bjelakovic, G., & Gluud, C. (2005). Hormone replacement for osteoporosis in women with primary biliary cirrhosis. *The Cochrane Library*, 2.
- Ruiz-Cantero, M. T., Vives-Cases, C., Artazcoz, L., Delgado, A., García Calvente, M. M., Miqueo, C., . . . Valls, C. (2007). A framework to analyse gender bias in epidemiological research. *Journal of epidemiology and community health*, 61(Suppl 2), ii46–ii53.
- Sansonetti, S., & Davern, E. (2021). *Women and transport*. European Union.
- Sciensano. (2021). *Analyse de la surmortalité en 2021*. Récupéré sur <https://www.sciensano.be/fr/coin-presse/analyse-de-la-surmortalite-en-2021>
- Sen, G., George, A., & Östlin, P. (2002). Engendering Health Equity: A Review of Research and Policy. Dans G. Sen, A. George, P. Östlin, & (ed), *Engendering International Health. The Challenge of Equity* (pp. 1-34). London : MIT Press.
- Sen, G., Ostlin, P., & George, A. (2007). *Unequal, Unfair, Ineffective and Inefficient Gender Inequity in Health: Why it exists and how we can change it*. WHO.
- Sholokhova, S. (2021). Prévention et promotion de la santé en Belgique. *MC-Information*, 283, 42-57.
- SPF Santé publique. (2021). *Prévalence des maladies cardio-vasculaires. RHM 2019*. Récupéré sur https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/22112021_voorkomen_van_ziektebeelden_fr.pdf
- Swartenbroekx, N., Obyn, C., Guillaume, P., Lona, M., & Cleemput, I. (2012). *Manuel pour une tarification des interventions hospitalières basée sur les coûts*. Bruxelles : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE).
- Travis, C., Howerton, D., & Szymanski, D. (2012). Risk, Uncertainty, and Gender Stereotypes in Healthcare Decisions. *Women & Therapy*, 35, 207-220.
- UNIA. (2021). *Rapport Final : Improving Equality Data Collection in Belgium*. Bruxelles.
- United Nations. (2016). *Integrating a Gender Perspective into Statistics*.
- Young, R., Mangwi Ayiasi, R., Shung-King, M., & Morgan, R. (2020). Health systems of oppressions: applying intersectionality in health systems to expose hidden inequities. *Health Policy and Planning*, 35(9), 1-3.

