



Genre et santé

“ Ce qui indique avec le plus de vérité le caractère d'un homme, c'est la santé de sa femme. ”

Cyril Connolly

Bien que fondamentalement le terme genre, en français, désigne l'ensemble des hommes considérés indépendamment de toute notion de race, de pays et de sexe, il est de plus en plus admis, et depuis peu de temps dans le langage de la santé, d'utiliser l'anglicisme genre (gender) puisque la langue anglaise distingue la classification entre hommes et femmes du terme sexe désignant les organes génitaux.

Il est donc parfois difficile de comprendre exactement ce que l'on entend par le terme « Genre ». En effet, pour la plupart des personnes, les deux termes, selon les circonstances, se confondent d'autant plus que les sociétés sont organisées selon le sexe biologique et le genre ou sexe social. Les femmes et les hommes sont perçus et traités différemment. Ils mènent leur vie comme des êtres distincts ayant des corps différents et dont les rôles, les responsabilités et les perspectives sont différentes. En conséquence, les femmes et les hommes peuvent faire face à des occasions et à des choix de vie distincts sur le plan des activités économiques, de la scolarisation, de la santé et des soins, etc. La santé des femmes et des hommes, les soins dont ils ont besoin ne sont donc pas équivalents. Cette différence est visible aussi bien au niveau de leur corps, que dans leur façon de vivre, de travailler et de jouer.

Actuellement, certains pays comme le Canada, et surtout les États-Unis, visent à intégrer l'analyse des influences du genre et du sexe dans la recherche en santé, d'où la nécessité de les définir.

En France, les indicateurs de santé sont, le plus souvent, présentés avec un distinguo selon le sexe. Mais pour autant, ces données sont-elles prises en compte pour mener des politiques de santé adaptées au genre ?

Sexe, genre : de la biologique aux réalités sociales

D'après l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le mot « genre » sert à évoquer les rôles qui sont déterminés socialement : les comportements, les activités et les attributs qu'une société considère comme appropriés pour les hommes et les femmes. En d'autres termes, « il est nécessaire d'identifier, dans la société : les rôles attribués aux hommes et ceux attribués aux femmes et, porter un regard sur leurs applications ».

Le mot « sexe » se réfère davantage aux caractéristiques biologiques et physiologiques, qui différencient les hommes et les femmes.

La manière dont l'enfant prend conscience qu'il est un garçon ou une fille, fait partie de la construction de son identité. Cette construction dépend du sexe qui est bien sûr déterminé biologiquement. Elle dépend aussi de la culture. Au sexe biologique correspondent un certain nombre de rôles sociaux attendus et de valeurs connues dans la culture comme étant spécifiques de chaque sexe. Connaître son sexe et adhérer ou non aux rôles et aux valeurs qui y sont attachées fait partie de la construction de l'identité individuelle et sociale. La connaissance par l'enfant de son identité sexuée implique qu'il soit capable d'identifier et de différencier les deux sexes, et qu'il prenne conscience de son appartenance à l'une des deux catégories.

L'utilisation d'une analyse, selon le sexe et le genre, dans le cadre de la santé, contribue à une plus grande connaissance des façons dont le sexe biologique et le genre – et les interactions entre eux – influent sur la santé des hommes et des femmes.

Les mots « hommes » et « femmes », sont deux catégories de sexes, tandis que les concepts, de « masculin » et « féminin », correspondent à des catégories de « genre ». Toutefois, en pratique on emploie indistinctement l'un ou l'autre terme pour parler du groupe biologique.

Concernant la différence des sexes, il existe d'évidentes réalités épidémiologiques qu'il serait vain de nier: L'interprétation de ces données est particulièrement délicate car impliquant l'analyse de la demande de soins selon le sexe : homme ou femme, fille ou garçon, n'ont pas les mêmes attitudes pour formuler une demande d'aide.

Dans toutes les sociétés, le « masculin » et le « féminin » sont des marqueurs culturels et sociaux.

Il est inconcevable de même, de passer à côté des enjeux idéologiques. Dans toutes les sociétés, le « masculin » et le « féminin » sont des marqueurs culturels et sociaux, dont aucun individu ne peut s'abstraire. Parler de cette différence conduit toujours à naviguer dans le roc du biologique au « réel », dont l'ininterprétable peut conduire à toutes les fantaisies d'interprétation et, de l'autre côté, le poids du culturel où s'amalgament aisément toutes les idéologies possibles. Cette navigation, devient difficile quand on aborde à la fois la question de l'adolescence – période où se conjuguent le biologique de la puberté et la dimension sociale – et celle de la sexualité – qui touche au vif de l'intimité individuelle.

Masculin-féminin : des normes et valeurs sociétales

En dehors des caractéristiques biologiques, les rôles et les comportements distincts – masculins et féminins, qui sont régis par les normes et des valeurs de la société dans laquelle ils vivent – conduisent à des différences de « genre ».

Ces différences et les inégalités de « genre » peuvent conduire à des iniquités entre hommes et femmes en matière de santé et d'accès aux soins.

La quatrième conférence mondiale sur les femmes, réunie à Beijing du 4 au 15 septembre 1995, attire l'attention sur le fait que des femmes ont souligné dans les instances nationales et

La France présente la situation paradoxale de bénéficier du système de santé considéré comme le meilleur au monde et de connaître les inégalités sociales devant la mort les plus profondes parmi les pays ouest-européens.

internationales, que l'égalité (y compris le partage des responsabilités familiales), le développement et la paix sont des conditions nécessaires pour que les femmes puissent jouir d'une santé optimale tout au long de leur existence. Si, la santé est classiquement définie par l'OMS depuis 1946 comme *un état de total bien être physique, psychologique et social et non pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmités*, il est également reconnu, que le bien-être affectif, social et physique est déterminé aussi bien par le contexte social, politique et économique que par la biologie.

Les inégalités sociales de santé dépendent bien moins du système de soins que de la répartition des richesses et, au fond, de la solidarité nationale.

La France présente la situation paradoxale de bénéficier, selon certaines évaluations internationales, d'une part, du système de santé considéré comme

le meilleur au monde, selon certaines évaluations internationales, et d'autre part de connaître les inégalités sociales devant la mort les plus profondes parmi les pays ouest-européens.

Biologie - social : des liens mal-connus

Les mécanismes par lesquels le social se transcrit dans le biologique sont un peu mieux connus : des recherches ont établi que le stress généré par des situations sociales hostiles entraînait des effets pathogènes, mettant à jour le lien entre le stress et des mécanismes neuro-immunitaires et neuro-endocriniens ou à des effets sur le système cardiovasculaire.

En contrepartie, les processus sociaux qui interagissent pour créer et laisser perdurer les écarts de santé au sein d'une population demeurent encore mal connus. En France notamment, cette réalité suscite peu d'intérêt de la recherche et plus largement de la société à l'égard des inégalités de santé. La question a été récemment redécouverte et pourtant le retard scientifique de la France en la matière reste réel en comparaison avec les pays voisins. Les raisons de ce retard seraient le fait de facteurs politiques, idéologiques et institutionnels de nature historique. Les inégalités de santé, longtemps considérées comme naturelles, ont pourtant progressivement été reconnues comme sociales.

Deux conditions sont pourtant nécessaires pour que l'on parle d'inégalités sociales de santé, et non simplement de différences. Il doit d'abord s'agir d'un objet socialement valorisé comme la vie, le bien-être, etc et cet objet doit concerner des groupes sociaux hiérarchisés – classes sociales, catégories socioprofessionnelles, etc. Finalement, les inégalités sociales de santé sont l'aboutissement des disparités structurelles – les ressources, le logement, l'alimentation, l'emploi et le travail, l'école et la formation – qui caractérisent l'état de la justice sociale dans un pays ou un territoire à un moment de son histoire et de son développement économique.

Les inégalités sociales de santé sont l'aboutissement des disparités structurelles.

Distinguer différence et inégalité

Les aspects de sexe biologique ne changent pas beaucoup d'une société humaine à une autre. À l'opposé, les aspects de « genre » varient beaucoup, soit dans le même pays, soit d'un pays à l'autre.

L'augmentation du niveau d'instruction des femmes correspond presque toujours avec une amélioration considérable des conditions sanitaires, même lorsque les revenus restent relativement bas.

L'élimination de la discrimination sexuelle sur le marché de la main d'œuvre, et l'autonomie matérielle (accès au crédit, au permis de conduire...) correspondent à une amélioration des indicateurs de l'état de santé d'une population dans son ensemble.

À ce titre, la faible féminisation du corps médical du Nord – Pas-de-Calais, parce qu'elle est proportionnelle à la qualification des femmes, est corrélée au mauvais état de santé relevé dans la région.

Il faut noter que toutes les différences

Toutes les différences entre masculin et féminin n'impliquent pas une injustice.

entre masculin et féminin n'impliquent pas une injustice. Le fait que dans beaucoup de sociétés

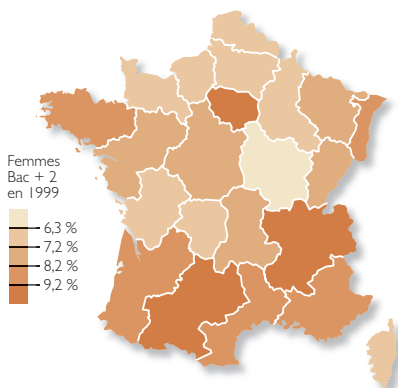
occidentales, les hommes portent en général des pantalons et les femmes souvent des jupes et robes est une différence de genre. Cette différence n'avantage pas en elle-même l'un des groupes.

Mais les normes et les valeurs de genre peuvent toutefois conduire à des inégalités, c'est-à-dire des différences entre masculin et féminin, qui donnent systématiquement plus de pouvoirs à un groupe au détriment de l'autre.

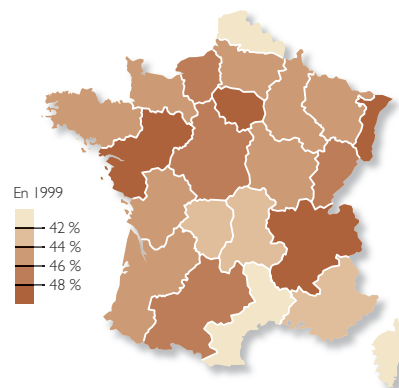
Dans la plupart des pays, à poste de travail égal les femmes ont, en moyenne, un revenu en espèces inférieur à celui des hommes.

Dans certains pays du monde, une femme ne peut pas recevoir les soins de santé dont elle a besoin, parce que les normes de sa communauté ne lui permettent pas de voyager et de se rendre seule dans une clinique.

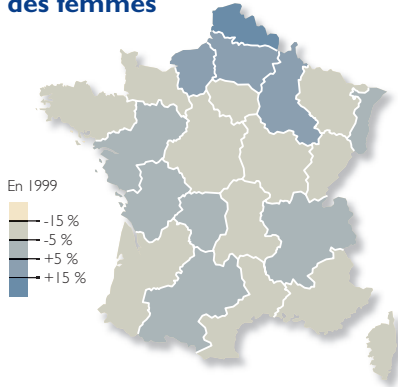
Niveau d'étude des femmes



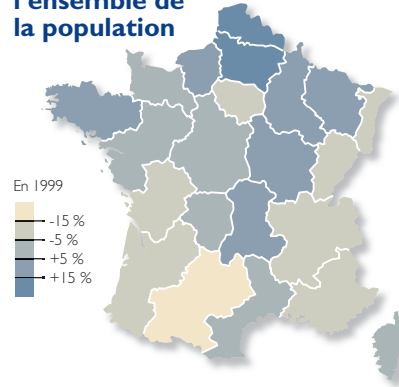
Taux d'activité des femmes



Mortalité prématurée des femmes



Mortalité prématurée dans l'ensemble de la population



Sources : Inserm / Insee - Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais.

Chacun de ces exemples, montre que les normes et les valeurs de « genre » et les comportements qui en résultent ont un impact négatif sur les femmes, voire sur leur santé. Selon les lieux, les schémas de « genre » qui prévalent à un moment, peuvent être les principaux obstacles à des démarches, soucieuses d'équité entre les hommes et les femmes, qui cherchent à promouvoir le bien être de

tous. Les normes et les valeurs de « genre » ne sont pas fixées une fois pour toutes. Elles évoluent dans le temps, varient sensiblement d'un endroit à un autre et sont susceptibles de changer.

Les conséquences négatives qui peuvent résulter des différences et des inégalités entre hommes et femmes peuvent aussi changer.

Sur le plan de la santé, les conséquences négatives qui peuvent résulter des différences et des inégalités entre hommes et femmes peuvent aussi changer. D'où la nécessité de sensibiliser, les professionnels de santé, les décideurs et la population au rôle joué par les normes et valeurs de « genre » dans les inégalités que perpétuent les maladies, les handicaps et causes de décès et de promouvoir les changements dans les sociétés, afin que les différences entre les sexes cessent d'empêcher les femmes de jouir d'une bonne santé.

Une santé variable selon les sociétés, les contextes sociaux

Il ne s'agit pas de comptabiliser les hommes et les femmes, mais de porter un regard sur leurs données de santé et d'en faire une analyse en fonction des sociétés auxquelles ils appartiennent et dans lesquelles ils évoluent. Les conditions d'accès aux soins médicaux et la prise en charge médicale de leurs problèmes de santé sont également concernées.

Toutefois, les problèmes de santé pour lesquels il existe une inégalité entre les hommes et les femmes sont certainement nombreux pour passer leur exhaustivité, en revue.

Le but est de montrer, en tenant compte de quelques facteurs et déterminants socialement valorisés (la vie, le bien-être...) et concernant des groupes sociaux hiérarchisés (classes sociales, catégories socioprofessionnelles...), que l'on parle d'inégalités sociales de santé et non simplement de différences.

Pour ces inégalités sociales de santé, seules certaines disparités structurelles peuvent être prises en compte, mais uniquement de certaines d'entre elles, tels l'espérance de vie, les ressources, la qualité de vie et les recours aux soins, les comportements (consultations, analyses et examens de santé, les hospitalisations, la consommation de tabac, la consommation d'alcool,) la dépression et les données de mortalité.

On parle d'inégalités sociales de santé et non simplement de différences.

Tous les pays n'ont ni le même niveau de développement économique et sanitaire, ni le même niveau d'organisation politique. D'après le rapport de la quatrième conférence mondiale sur les femmes, la réduction des budgets et, dans certains cas, l'ajustement structurel contribuent à la détérioration des systèmes de santé publique. À Beijing, ce rapport a mis en évidence certaines réalités de la santé des femmes dans le monde : la discrimination en matière de nutrition et de santé qui résulte souvent d'une préférence pour la descendance masculine, n'est pas sans incidences sur l'état de santé et le bien-être actuel et futur des filles. Le VIH/SIDA et d'autres maladies sexuellement transmissibles, parfois consécutifs d'un viol, ont des effets dévastateurs sur la santé des femmes, en particulier pour les adolescentes et les jeunes femmes. La violence sexuelle, y compris les sévices physiques et psychologiques, la traite des femmes et des petites filles, l'exploitation sexuelle et autres mauvais traitements perdurent. D'autres problèmes de santé touchent de plus en plus les femmes, comme les *troubles mentaux* liés à la marginalisation, au sentiment d'impuissance et à la précarité, surmenage et stress, l'incidence croissante de *la violence dans la famille (femmes battues), la toxicomanie*.

Le respect de la vie privée et notamment de celle des femmes reste insuffisant : la qualité des soins de santé fournis aux femmes dépend des circonstances locales.

La collecte des statistiques de santé, mortalité et morbidité (femmes et hommes) n'est souvent pas systématique et les données ne sont pas toujours ventilées ni analysées selon l'âge, le sexe, la situation socio-économique et des paramètres démographiques et autres qui seraient utiles pour servir les intérêts et résoudre les problèmes des groupes vulnérables et marginalisés.

Afin de réduire les disparités entre hommes et femmes en matière de santé, de services médicaux

et de soins de santé, les gouvernements et les autres acteurs devraient intégrer explicitement la problématique hommes-femmes dans leurs politiques et programmes, c'est-à-dire mesurer avant toute décision, ses éventuels effets sexospécifiques.

Les femmes, comme les hommes, en particulier dans les zones rurales et les quartiers pauvres des villes, courent de plus en plus le risque de voir leur santé se ressentir de catastrophes écologiques et de la dégradation de l'environnement.

Les gouvernements et les autres acteurs devraient intégrer explicitement la problématique hommes-femmes dans leurs politiques et programmes.

Le programme d'action de Beijing, pensé et conçu pour les femmes du monde entier, se mettra en place différemment dans les pays. Il existe, pour la plupart des pays, des obstacles aux services de santé pour les femmes :

- l'accès à la sécurité sociale (assurer aux femmes, à égalité avec les hommes, l'accès à des systèmes de sécurité sociale tout au long de leur vie) ;
- l'information, les services et la formation destinés aux agents sanitaires ;
- le manque de respect des droits de l'homme, des normes professionnelles et de l'éthique et des différences entre les sexes ;
- les interventions médicales nocives, inutiles ou imposées, ainsi que les thérapeutiques inadéquates et la surmédicalisation des femmes (veiller à ce que toutes les femmes soient pleinement informées des options qui s'offrent à elles) ;
- etc.

La réalisation de l'égalité de santé pour les femmes surtout dans les pays en développement, doit prendre en compte :

- l'accès aux services de santé, en particulier aux soins de santé primaires – prévention et traitement des maladies infantiles, de la malnutrition, de l'anémie, des maladies diarrhéiques, des maladies transmissibles, du paludisme et des autres maladies tropicales, de la tuberculose, etc. et l'utilisation de ces services sont différents et inégaux selon le sexe, de même que les possibilités de protéger, améliorer et conserver la santé ;
- le droit des femmes de jouir du meilleur état de santé possible doit être garanti pendant toute leur vie, à égalité avec les hommes ;
- la santé de la femme en matière de procréation qui est un état de bien-être total, tant physique que mental et social, pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement et non pas seulement l'absence de maladies ou d'infirmités ;
- la santé des femmes âgées : l'espérance de vie augmentant, de même que le nombre de femmes âgées, il faut accorder une attention particulière à la santé de ces dernières ;
- la lutte contre la discrimination envers les femmes, soit par une législation avec nouveaux rôles et nouvelles responsabilités confiés aux femmes...

En France aussi, des inégalités face à la santé

En France, différents facteurs déterminent ou influencent la santé. Ces facteurs peuvent être de deux types. Premièrement, les inégalités face à la santé – nombreuses en France et bien documentées – concernent le biologique, comme par exemple l'espérance de vie, le géographique, le socio-professionnel, les comportements. Seconde catégorie, les déterminants de santé dont le système de soins – on sait que les différences d'accès aux soins n'expliquent pas tout – le génétique, le mode de vie, l'environnement, etc.

Les modes de vie ont, selon les connaissances épidémiologiques disponibles, également des impacts sur la santé et particulièrement sur celle des femmes : l'environnement social (classe sociale, relations sociales, vie familiale), l'activité professionnelle (rapport à l'emploi, professions et conditions de travail, femmes au travail, femmes au foyer, chômage, conditions de travail, etc) et les comportements de consommation (tabac, alcool, drogues illicites et médicaments psychotropes).

Plus les femmes et les mères ont un niveau de formation élevé et plus elles sont actives, meilleur est leur état de santé et celui de leur famille. Ce fait, visible à l'échelle internationale, nationale tant que régionale : le taux d'activité des femmes coïncide avec leur bon état de santé et celui de toute la population.

Le taux d'activité des femmes coïncide avec leur bon état de santé et celui de toute la population.

La dimension du genre est entrée dans les débats sur la santé au travail mais avec un faible écho.

Une enquête réalisée en Europe sur la dimension du genre en santé travail montre, en fonction des pays participants, la prise en compte de la dimension genre et l'importance accordée à cette dimension et à la demande sociale. La France fait partie des pays latins où la dimension du genre est entrée dans les débats sur la santé au travail, mais se traduit par des pratiques plus locales et souvent plus militantes. Leurs échos au sein des grandes institutions reste relativement faible, même si certains progrès ont été enregistrés au cours des dernières années.

Nord – Pas-de-Calais : des indicateurs toujours en retard et marqués selon le genre

Dans la région Nord-Pas-de-Calais qui cumule de nombreux et flagrants retards de santé, les femmes vont mieux que les hommes, mais moins bien qu'ailleurs en France.

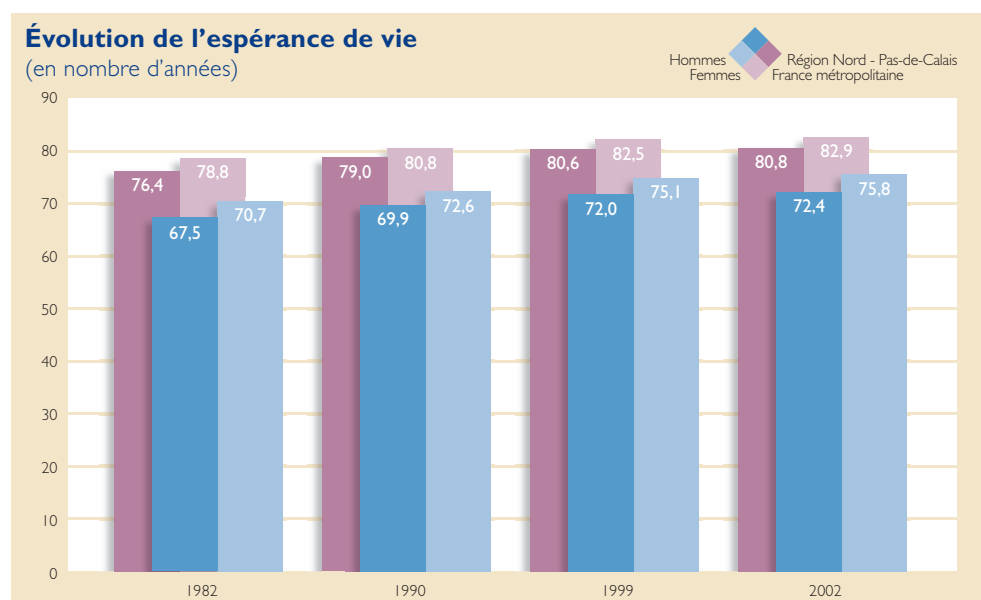
Espérance de vie :

-2 ans et demi pour les hommes ; -2 ans et un mois pour les femmes.

En 2007, l'espérance de vie à la naissance est de 84,4 ans pour une femme et de 77,5 ans pour un homme. Depuis le milieu des années quatre vingt-dix, cette espérance de vie à la naissance a augmenté de 2,6 ans pour les femmes et de 3,9 ans pour les hommes. Le léger recul constaté pour les femmes entre 2002 et 2003 s'explique en partie par la canicule qui a sévi en France au mois d'août 2003.

Le Nord – Pas-de-Calais connaît l'espérance de vie à la naissance la plus faible des régions françaises.

Le Nord – Pas-de-Calais connaît une mortalité plus précoce que le reste du pays, ce qui se traduit par l'espérance de vie à la naissance la plus faible des régions françaises. En 2002, la longévité moyenne d'un Nordiste s'élève à 72,4 ans contre 75,8 ans pour la moyenne nationale. Pour les femmes, ces valeurs respectives sont de 80,8 ans dans la région contre 82,9 ans pour la France métropolitaine.



Source : Insee - État civil - Recensements et estimations de population.

Données socio-économiques : des inégalités persistantes.

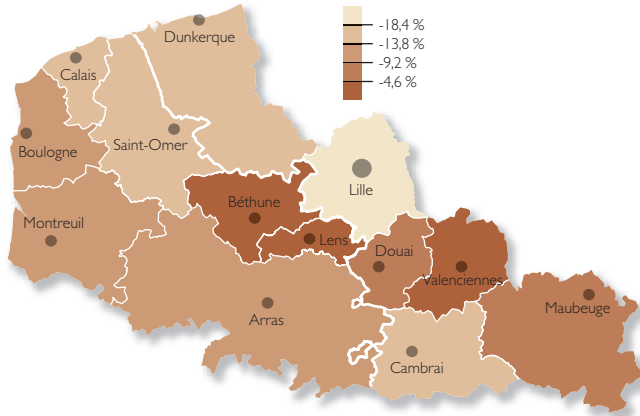
D'après les données du recensement, 62,1 % de la population masculine et 43,8 % de la population féminine du Nord - Pas-de-Calais était active en 1999. Le taux de chômage montre une situation face à l'emploi moins favorable aux femmes (20,6 %) qu'aux hommes (15,5 %). Par rapport au département du Nord, celui du Pas-de-Calais connaît un taux d'activité féminin plus faible et au contraire un taux de chômage féminin plus élevé. Cette différence entre départements est moins prononcée chez les hommes.

En 2001, plus de la moitié (55,7 %) des foyers fiscaux de la région Nord - Pas-de-Calais n'étaient pas imposables. Ce taux était un peu plus élevé dans le Pas-de-Calais que dans le Nord (58,6 % versus 54,1 %).

Au regard des statistiques 2002 des allocations familiales, la part de la population couverte (52,5 %) représentait un peu plus de la moitié de la population totale recensée en 1999. Cette proportion est un peu plus élevée dans le Nord (53,3 %) que dans le Pas-de-Calais (51,1 %). Au niveau régional, 23,8 % des allocataires ont perçu en 2002 des minima sociaux. Cette proportion apparaît légèrement plus importante dans le Pas-de-Calais.

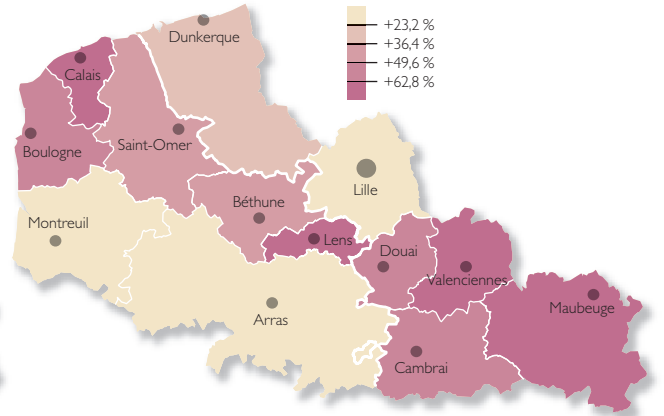
Taux d'activité des femmes

Sous-activité par rapport à la moyenne française



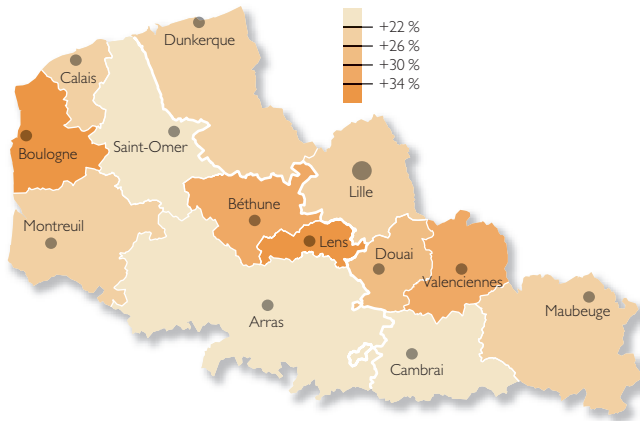
Taux de chômage des femmes

Surchômage par rapport à la moyenne française



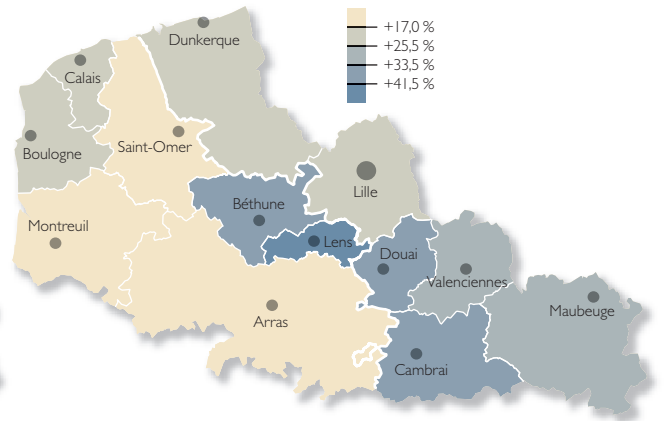
Femmes sans diplôme de 15 ans et plus

Excédent par rapport à la moyenne nationale



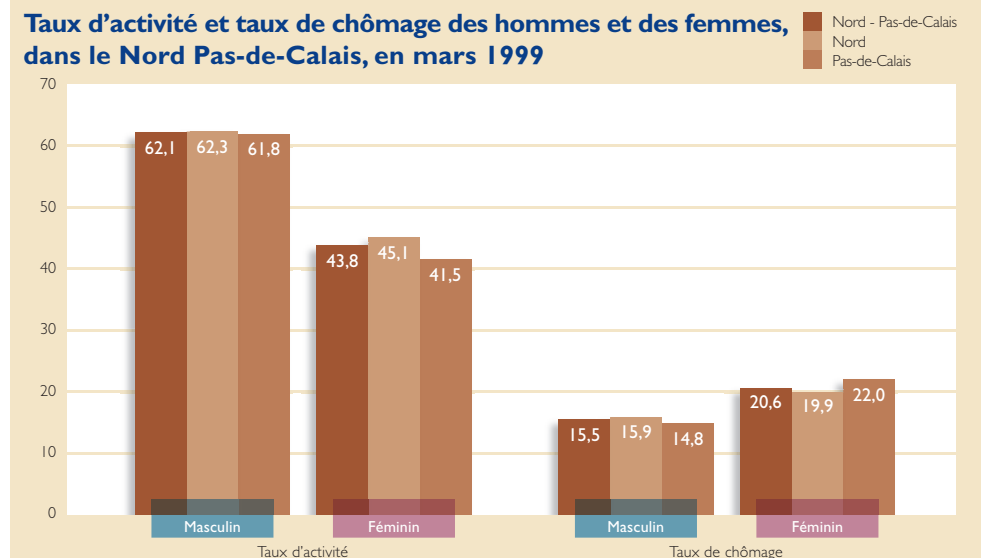
Mortalité des femmes

Surmortalité par rapport à la moyenne française



Sources : Inserm / Insee - Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais.

Taux d'activité et taux de chômage des hommes et des femmes, dans le Nord Pas-de-Calais, en mars 1999

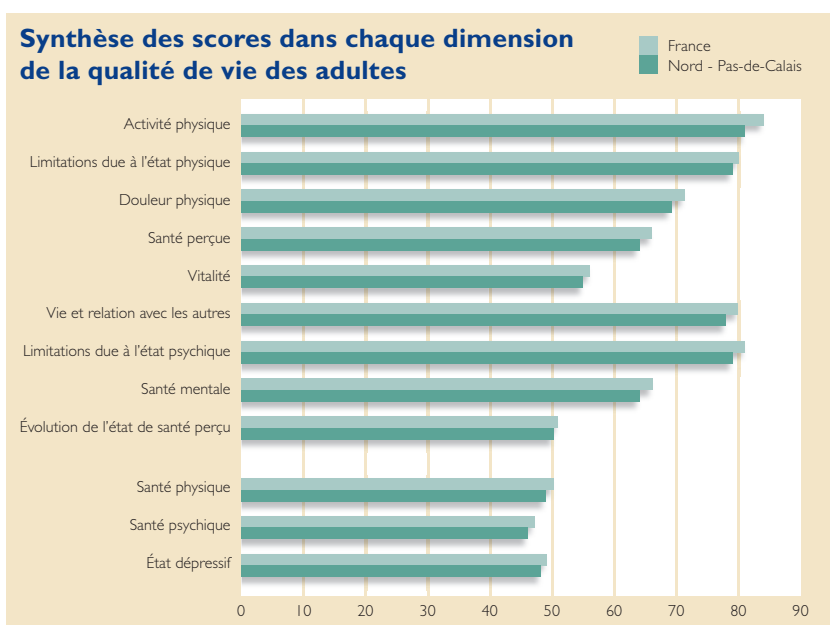


Source : INSEE Estimations de population - État Civil, INSERM Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès-CépiDc. Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais.

Qualité de vie et recours aux soins : manques plus marqués pour les femmes.

Une étude réalisée par la Drass, du Nord – Pas-de-Calais en novembre 2007 montre que les adultes, du Nord – Pas-de-Calais, jouissent d'une qualité de vie inférieure aux autres adultes du pays et ce qu'il s'agisse de leur santé physique, psychique ou de leur état dépressif. Ce qui se vérifie sur les neuf dimensions de l'échelle de bien-être SF36 que sont l'activité physique, les limitations dues à l'état physique, la douleur physique, la santé perçue, la vitalité, la vie et relations avec les autres, les limitations dues à l'état psychique, la santé mentale et l'évolution de l'état de santé perçue. Ces neuf dimensions regroupées en deux catégories : un résumé de santé physique et un résumé de santé psychique, renvoie, pour chaque dimension, le positionnement d'un individu sur une échelle de 0 à 100, sur laquelle des valeurs élevées indiquent une meilleure qualité de vie.

Un score d'état dépressif est calculé en se basant sur les réponses à l'exemple du questionnaire du Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CESD) développé dans les années 70 pour repérer les dépressions majeures ou les dépressions cliniques. Un score d'état dépressif est calculé en se basant sur les réponses à ces questions. Il varie entre 0 et 60 : plus le score est élevé, moins les symptômes de la dépression sont présents chez le répondant et donc meilleure est sa qualité de vie sur cette dimension.



Source : Insee, Drass, Conseil Régional, ORS, Cresge - Enquête Santé 2002-2003.

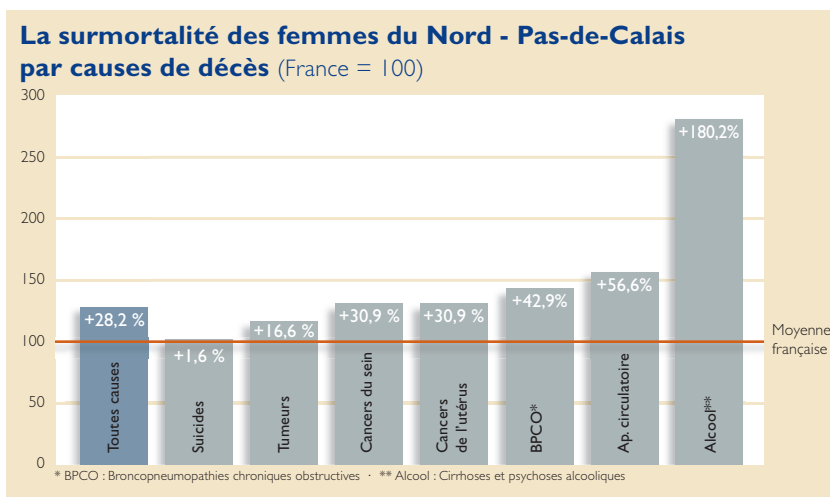
En France, les adultes les plus pauvres ont une qualité de vie plus dégradée que les autres, sur toutes les dimensions étudiées. Le bien-être, notamment psychique, et l'état dépressif sont d'autant meilleurs que la personne a un niveau de vie élevé.

Que ce soit au niveau physique, psychique ou dépressif, les hommes déclarent bénéficier d'une meilleure qualité de vie que les femmes. Cet écart s'explique probablement

Les hommes disposent d'une meilleure qualité de vie que les femmes.

en partie par des différences réelles de qualité de vie. Cependant, les femmes, généralement plus sensibles et attentives à leur état de santé, déclarent peut-être aussi des difficultés plus facilement que les hommes. La différence entre les deux sexes est particulièrement importante dans la région. En effet, tandis que les hommes du Nord-Pas-de-Calais ont un bien-être comparable aux autres hommes du pays, les femmes de la région bénéficient d'une qualité de vie très inférieure à leurs homologues français. En général, les adultes ayant une qualité de vie dégradée recourent davantage aux soins

Dans le Nord-Pas-de-Calais comme dans le reste de la France, les personnes dont l'état physique est le plus dégradé consultent plus souvent un médecin généraliste ou un masseur-kinésithérapeute. Ils effectuent plus souvent des examens et consomment davantage de produits de santé que les autres.



Source : Inserm / Insee - Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais.

Une perception de la santé en rapport avec les indicateurs.

En Nord-Pas-de-Calais, 70 % des personnes se considèrent en bonne ou en très bonne santé, contre près de 73 % au niveau national. Jusqu'à 30 ans, la perception de l'état de santé des individus est très positive et comparable au niveau national. Entre 30 et 50 ans, des écarts significatifs apparaissent, chez les hommes et davantage encore chez les femmes : près de 80 % des Françaises de cette tranche d'âge se considèrent en bonne ou très bonne santé, contre 75 % dans la région. Enfin, au-delà de 50 ans, l'écart, pour les deux sexes, est plus marqué et atteint jusqu'à 10 points.

L'avis des personnes sur leur santé est corroboré par l'analyse de la morbidité déclarée, c'est-à-dire l'ensemble des maladies. Ainsi, après 50 ans, les maladies chroniques, qui affectent davantage les femmes que les hommes, touchent 54 % des femmes quinquagénaires dans la région contre 48 % en France.

S'agissant des maladies non chroniques, l'écart est également significatif entre 50 et 70 ans, autant chez les hommes que chez les femmes. En effet, les maladies non chroniques touchent 34 % des personnes de cette tranche dans la région contre à peine 30 % en France.

Consultations, hospitalisations : plus de recours des femmes.

En région comme en France, le nombre annuel de consultations de généralistes est plus élevé chez les femmes, ainsi que chez les nourrissons et les personnes âgées.

En France, les dentistes sont davantage consultés par des personnes ayant entre 20 et 60 ans et davantage par les femmes que par les hommes. Ce clivage n'existe pas dans la région où les hommes consultent désormais presque autant que les Français, les femmes effectuant 0,5 visite de moins que les Françaises.

Le nombre annuel de consultations de généralistes est plus élevé chez les femmes.

Dans la région comme en France, près de 13 % des personnes ont déclaré en 2002-2003 avoir été hospitalisées au cours de l'année écoulée, contre 8 % dans la région et 11 % en France au début des années quatre-vingt. Toutefois, en Nord-Pas-de-Calais, les femmes l'ont été davantage que les hommes.

Consommation de tabac et d'alcool : les femmes moins que les hommes

Les méfaits de la consommation du tabac sur la santé ne sont plus à démontrer. En 2000, environ 60 600 décès par an (dont neuf sur dix chez les hommes) sont attribuables au tabac. La mortalité liée au tabac a commencé à régresser chez les hommes au milieu des années quatre-vingt-dix ; à l'inverse, elle connaît chez les femmes une croissance continue depuis 1980.

Les habitudes de consommation se révèlent homogènes sur l'ensemble du territoire national. En France comme dans la région Nord – Pas-de-Calais, les fumeurs représentent 30 % de la population de 15 ans et plus : ils se répartissent en 25 % de fumeurs quotidiens et 5 % d'occasionnels. L'usage du tabac est particulièrement fréquent avant 39 ans et décroît ensuite régulièrement avec l'âge. Les hommes sont plus nombreux à fumer quotidiennement que les femmes (31,8 % contre 19,9 %). C'est dans la tranche d'âge des 18 à 39 ans que la part des fumeurs réguliers est la plus importante. Au delà, les femmes sont en proportion moins nombreuses à fumer. En effet, les femmes plus âgées appartiennent à des générations pour lesquelles la consommation de tabac restait faible.

La consommation moyenne des fumeurs réguliers s'avère très légèrement supérieure dans la région. Chez les adultes, elle atteint 15,5 cigarettes par jour contre 15,0 en France. Chez les jeunes fumeurs réguliers de la région, elle s'élève à 10 cigarettes par jour contre 9,7 en France. En outre, les différences de pratiques entre hommes et femmes sont plus prononcées dans la région. Les fumeurs réguliers consomment chaque jour 2,0 cigarettes de plus que les fumeuses (+1,6 au niveau national).

Chez les jeunes, la consommation de tabac n'est pas plus répandue dans la région mais elle est plus précoce. Parmi les jeunes de 15 à 17 ans, on dénombre 17 % de fumeurs réguliers contre 13 % en France. L'ancienneté dans la consommation est d'ailleurs plus élevée dans la région : 2,8 ans contre 2,5 ans en France et cette particularité incombe principalement aux garçons de 15 à 17 ans.

En quarante ans, la consommation moyenne nationale d'alcool pur par adulte de 15 ans et plus a diminué de plus d'un tiers pour atteindre quatorze litres par an en 2003. Au début des années quatre-vingt-dix, la consommation d'eaux minérales et de jus de fruits a dépassé celle des boissons alcoolisées. Cependant, la France reste l'un des pays les plus consommateurs d'alcool en Europe. Le nombre de décès annuels attribuables à l'alcool en France est évalué à 45 000 : un décès sur deux touches des personnes de moins de 65 ans et huit sur dix touchent les hommes.

Les habitudes de consommation infèrent différentes conduites d'alcoolisation. Par rapport aux comportements nationaux, le Nord – Pas-de-Calais abrite davantage de personnes se déclarant abstinentes face à l'alcool : 27 % dans la région contre 24 % en France. En revanche, les Nordistes déclarent consommer quotidiennement de l'alcool dans une proportion plus grande (16 % dans la région contre 15 % au niveau national) et en plus grande quantité. En effet, pour une occasion donnée, les habitants de la région qui consomment de l'alcool boivent en moyenne 2,2 verres de bière, voire 2,5 chez les buveurs quotidiens, contre 1,9 en France. Si les vins fins et champagnes sont les boissons les plus prisées des Français avec 65 % de consommateurs contre 52 % en Nord – Pas-de-Calais, la bière séduit près de 42 % des consommateurs de cette région contre seulement 31 % au niveau national.

La consommation d'alcool, quotidienne ou occasionnelle, est plus répandue chez les hommes que chez les femmes : 23,3 % des hommes sont des buveurs réguliers contre 9,2 % pour les femmes. Elle se généralise ensuite avec l'âge, davantage pour les premiers. Il en résulte que l'écart entre hommes et femmes est plus important après 55 ans qu'avant 30 ans. Contrairement au reste de la population, les habitants du Nord-Pas-de-Calais de plus de 55 ans sont globalement plus nombreux à consommer de l'alcool. Ce constat est particulièrement net chez les femmes. Elles sont 71 % à en consommer contre 65 % au niveau national. Chez les hommes, l'écart est moins net (90 % contre 88 %) mais la pratique plus massive.

Chez les jeunes de 15 à 17 ans, la consommation d'alcool au quotidien est une pratique très peu répandue dans la région comme au niveau national. L'abstinence et la consommation occasionnelle mais excessive (l'ivresse des week-ends) constituent les comportements les plus fréquemment observés quel que soit le sexe.

L'alcool contribuerait à 14 % des décès masculins et 3 % des décès féminins.

L'alcool est majoritairement impliqué dans la mortalité prématurée. Il est à l'origine de nombreux cancers, d'affections digestives et de maladies cardio-vasculaires. Les décès prématurés liés aux cirrhoses et psychoses alcooliques sont deux fois plus nombreux que ceux liés au SIDA. Au total, l'alcool contribuerait à 14 % des décès masculins et 3 % des décès féminins.

D'autre part, la consommation d'alcool pendant la grossesse peut entraîner chez l'enfant des malformations et des retards de croissance.

Cancers : les hommes plus touchés

Entre 1995 et 2000, 278 000 nouveaux cas ont été décelés soit une augmentation de 15 %. En 2000, Les localisations cancéreuses les plus fréquentes sont, chez les femmes, le sein (41 700 nouveaux cas) suivi du côlon-rectum et de l'utérus ; chez les hommes ce sont la prostate, le poumon et le côlon-rectum.

Les tumeurs frappent plus qu'ailleurs les habitants du Nord-Pas-de-Calais qui est ainsi en tête des régions françaises en termes de mortalité. Entre 1998 et 2000, chez les hommes, la mortalité par cancer est de 435 décès pour 100 000 personnes contre 342 pour 100 000 en France. Pour les femmes, elle atteint 176 décès pour 100 000 personnes contre 154 au niveau national. Les décès par tumeurs représentent la seconde cause de mortalité chez les femmes (24 %) après les maladies de l'appareil circulatoire (34 %). Les hommes sont plus touchés par ce fléau : les cancers représentent la première cause de mortalité (34 %).

Les tumeurs malignes du sein représentent la première affection cancéreuse pour les femmes; elles sont responsables en moyenne de 850 décès chaque année dans la région ce qui se traduit par une surmortalité régionale estimée à près de 9 points (39,4 décès pour 100 000 personnes dans la région contre 30,9 au niveau national).

Le cancer colorectal est fréquent après 65 ans. Sur la période 1998-2000, il provoque 1 100 décès annuels dans la région dont plus de 80 % après 65 ans et autant de décès masculins que féminins.

Beaucoup moins fréquent chez les femmes, le cancer du poumon est responsable de plus de 200 décès féminins par an ce qui traduit une sous-mortalité régionale. Par contre, chez les hommes la mortalité régionale est plus élevée que la moyenne nationale avec 1 620 décès

annuels. Le risque de décéder de cette maladie est onze fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes.

Pour les tumeurs des voies aéro-digestives supérieures, la mortalité est dix fois plus élevée chez les hommes que chez les femmes de la région.

Ainsi les cancers sont à la fois plus fréquents et causent plus de décès chez l'homme que chez la femme. Ces différences peuvent s'expliquer, pour une part, par une plus grande exposition des hommes aux effets nocifs de certaines de leurs habitudes de vie.

Les cancers sont à la fois plus fréquents et causent plus de décès chez l'homme que chez la femme.

Les différences de mortalité constatées entre hommes et femmes pour les cancers existent également pour la plupart des grandes causes de mortalité :

- en faveur des femmes telles que : maladies chroniques des voies respiratoires inférieures, mortalité par maladie de l'appareil respiratoire, suicides, tumeur maligne du larynx, de la trachée, des bronches et du poumon ; tumeurs malignes ; cardiopathies ischémiques ; maladies de l'appareil circulatoire ;
- en faveur des hommes pour les causes de mortalité telles que : l'abus d'alcool sauf dans le Pas-de-Calais ; par maladie chronique du foie ; pour diabète sucré et pour maladies cérébro-vasculaires.

Des indicateurs, mais quelle politique ?

Que ce soit en théorie ou en pratique, les questions de femmes ou de genre dans le développement social occupent depuis un certain temps. D'une part des théories ou à la recherche de nouvelles approches se développent et font pour la plupart l'impasse de la recherche sur les femmes et le genre. D'autre part, la politique de développement passe pour l'un des rares domaines des relations internationales où les questions féminines ou l'appartenance sexuelle ont acquis une égale importance pour la théorie et la pratique.

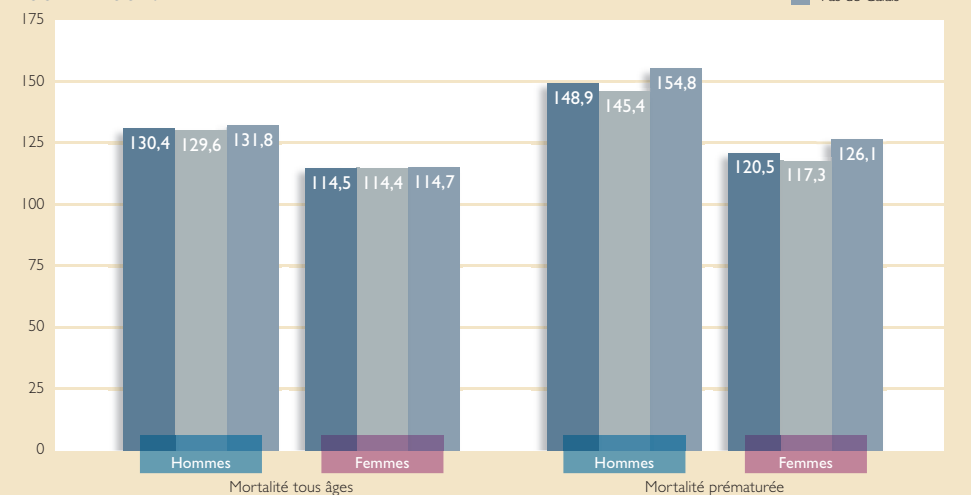
S'agit-il d'un thème de plus, à la mode à certains moments mais dont on peut attendre qu'il sombre dans l'insignifiance ? Ou bien la confrontation avec la différence sexuelle dans le contexte des processus de développement et des relations représente-t-elle un gain de connaissances pour l'élaboration de nouvelles approches dans les théories et politiques de développement ?

Car au-delà des différences, il existe des inégalités entre hommes et femmes. Et le plus souvent ces inégalités sont en la défaveur des femmes.

L'atout principal de l'étude du genre est la grande disponibilité des données. Sa faiblesse majeure réside le plus souvent dans les volontés politiques à résoudre ces inégalités.

Ce qui nous reste à comprendre désormais, c'est l'insistance de l'usage ou des résistances.

Mortalité par tumeurs malignes dans le Nord – Pas-de-Calais, 2002 – 2004.



Source : INSEE Estimations de population - État Civil, INSERM Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès-CépiDc, Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais.

Au-delà des différences, il existe des inégalités entre hommes et femmes, le plus souvent en la défaveur des femmes.

Car pourquoi conserver aujourd'hui des modes de faire ou des traditions qui à un moment donné, empêche toute progression ? Une tradition, aussi inégalitaire soit-elle, est mise en place et suivie par des hommes. Le fait d'être mise en place et suivie est, en soit, un progrès car susceptible de mobiliser et insuffler une dynamique. Conserver une tradition est certainement une bonne chose également parce qu'elle représente une mémoire collective. Mais, lorsque cette tradition crée des inégalités entre les membres de la même communauté, en somme lorsque que les inconvénients de la tradition engendrent un retard de développement de la communauté, ne faut-il pas la faire évoluer ?

En France, si les indicateurs de santé distinguent les hommes et les femmes, aucune politique de santé ne prend en compte la spécificité du genre. La perception médicale de la santé de la femme est longtemps restée très influencée par le souci de préserver les capacités reproductives de la moitié de la population française : cancer du sein, cancer de l'utérus, débat sur l'IVG et contraception ont focalisé l'attention et les moyens d'action. Cette focalisation semble persister.

La crainte de voir qualifiée la démarche sexiste ou de discriminante est-elle à l'origine de cette persistance ?

En effet, la santé des femmes ne fait l'objet d'aucune politique dédiée, hormis les actions de santé relative à ses spécificités biologiques (cancers utérus, sein). L'approche de la santé en fonction du genre semble taboue, là où par exemple aux USA la prise en compte des races et origines dans les statistiques – peut-on affirmer qu'elle l'est dans les politiques ? – est couramment admise.

Au regard des chiffres et de la réalité observée, l'expérience mériterait d'être tentée. Notamment parce qu'un très grand nombre d'analyses a décrit depuis longtemps qu'une amélioration de la santé des femmes est toujours un moyen d'amélioration de la santé de l'ensemble d'une population.

Une amélioration de la santé des femmes est toujours un moyen d'amélioration de la santé de l'ensemble d'une population.

L'égalité hommes-femmes en droit n'existe nulle part dans le monde

D'après les auteurs d'une étude¹, l'égalité en droits des femmes et des hommes n'est complètement réalisée dans aucun pays du monde. La situation générale en quelques chiffres :

- 70 % des 1,3 milliard de pauvres du monde sont des femmes.
- 80 % des réfugiés imputables aux guerres et aux catastrophes sont des femmes et des enfants.
- 78 % des jeunes filles des pays en développement vont aujourd'hui à l'école. Et pourtant, 60 % des analphabètes sont actuellement encore des femmes.
- 30 % seulement du travail des femmes sont rémunérés. Pour le travail des hommes, ce taux est de 75 %. Et pourtant, les femmes réalisent dans le monde entier plus de la moitié de toutes les heures de travail. En Afrique, les femmes accomplissent entre 80 et 90 % des travaux agricoles.
- Chaque année, plus d'un demi-million de femmes décèdent par suite de grossesses fréquentes ou d'un manque d'assistance médicale à l'accouchement.
- Les femmes et les jeunes filles sont exposées aux abus sexuels et aux mauvais traitements physiques.
- Une femme sur trois doit assurer l'alimentation et l'éducation de ses enfants sans aide masculine.
- Les femmes représentent, selon les estimations, entre 60 et 80 % des employés du secteur informel. Leur travail ne leur donne droit à aucune sécurité juridique et sociale et n'est pas recensé dans les statistiques économiques.
- Le taux des femmes occupant des positions à responsabilité dans l'économie et l'administration tourne autour de 14 %. Seuls 12 % environ des membres de Parlement sont des femmes.

Les Nations Unies et le genre : un combat depuis 30 ans ?

En vertu de la Charte des Nations Unies, les États s'engagent à encourager le respect des libertés fondamentales pour tous, sans distinction de sexe. La Déclaration Universelle des Droits de l'Homme et plusieurs autres instruments relatifs aux droits humains stipulent que chacun peut se prévaloir de tous les droits humains, sans distinction de sexe.

La Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes a été adoptée en 1979. Elle reconnaît que les discriminations empêchent les femmes de profiter pleinement de l'ensemble des droits humains et des libertés fondamentales dans les domaines politique, économique, social, culturel et civil. Elle définit les mesures que doivent prendre les gouvernements pour mettre un terme aux discriminations. Sur les 188 membres que compte l'Organisation des Nations Unies, 165 États ont ratifié cette Convention à l'heure actuelle.

Un Comité sur l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes a été mis en place. Composé de 23 experts indépendants, il est chargé d'examiner les rapports que les États parties sont tenus de présenter au sujet des mesures qu'ils ont prises pour mettre en œuvre la convention.

Pour l'instant, seuls 28 États ont ratifié le protocole facultatif se rapportant à la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes.

¹ · Braig M. Les intérêts des femmes dans la théorie et la politique de développement [en ligne]. D+C Développement et Coopération 2000 ; 4 : 8-13. Disponible sur : <http://www.inwent.org/E+Z/zeitschr/df400-3.htm> (consulté en octobre 2009).

3 idées clés :

- *Au-delà des différences biologiques en hommes et femmes, dans toutes les sociétés, le « masculin » et le « féminin » sont des marqueurs culturels et sociaux.*
- *Il existe partout des inégalités entre hommes et femmes. Et le plus souvent ces inégalités sont en la défaveur des femmes.*
- *Une amélioration de la santé des femmes est toujours un moyen d'amélioration de la santé de l'ensemble d'une population. Pourtant aucun gouvernement ou autre acteur n'intègre explicitement la problématique hommes-femmes dans ses politiques et programmes.*

La bibliographie

- Organisation Mondiale de la Santé. Le département genre et santé [en ligne]. Disponible sur : <http://www.who.int/gender/fr/index.html> (consulté en octobre 2009).
- Declercq C. De la construction de l'identité sexuée aux différences psychologiques selon le genre [en ligne]. Université de Reims Champagne-Ardenne, 2008 ; 9 p. Disponible sur : <http://www.ac-reims.fr/saio/egalite/telechargement/identit%E9%20sexu%E9e%20de%20Christelle%20Declercq.pdf> (consulté en octobre 2009).
- Marcelli D, Kelly-Penot E, trad., De la Vega R, trad. Garçons/filles : la différence des sexes, une question de physiologie ou de culture ? Adolescence 2007 ; 60 : 321-39.
- Nations Unies. Rapport de la quatrième conférence mondiale sur les femmes. Beijing, 4-15 septembre 1995 [en ligne]. Disponible sur : http://www.francophonie.org/IMG/pdf/Declarato_Prog_d_action_4e_Conf_femmes_Pekin_1995.pdf (consulté en octobre 2009).
- Aiach P, Fassin D. L'origine et les fondements des inégalités sociales de santé [en ligne]. La revue du praticien 2004 ; 54 : 2221-7. Disponible sur : http://www.inegalites.fr/IMG/pdf/rdp20-aiach_-2221-7.pdf (consulté en octobre 2009).
- Saurel-Cubizolles MJ, Blondel B. La santé des femmes. Paris : Flammarion Médecine Sciences, 1998 ; 386 p.
- Vogel L. La santé des femmes au travail en Europe : des inégalités non reconnues. Bruxelles : Bureau technique syndical européen pour la santé et la sécurité, 2003 ; 387 p.
- INSEE Nord - Pas-de-Calais. Femmes en Nord – Pas-de-Calais : regard sur la parité. Lille : INSEE Nord – Pas-de-Calais, 2006.
- Qualité de vie et recours aux soins : les hommes sont mieux lotis que les femmes. DRASS-DDASS Nord – Pas-de-Calais 2007 ; 20 : 6 p.
- Braig M. Les intérêts des femmes dans la théorie et la politique de développement [en ligne]. D+C Développement et Coopération 2000 ; 4 : 8-13. Disponible sur : <http://www.inwent.org/E+Z/zeitschr/df400-3.htm> (consulté en octobre 2009).
- Les femmes et la santé. 50/51° Nord - Les petits dossiers de l'Observatoire Régional de la Santé Nord – Pas-de-Calais 2004 ; 4 : 6 p.