

LE POTENTIEL DE SANTÉ DES FEMMES

La santé des femmes englobe les questions de santé qui leur sont propres, comme la ménopause ou la grossesse, ainsi que les maladies et les risques pour lesquels elles sont affectées de manière différente et/ou disproportionnée par rapport aux hommes. Ce sujet a fait l'objet d'une récente étude de Sciensano¹.

Gaëlle Mogin, Aline Scohy et Sarah Nayani, service d'information sanitaire, épidémiologie et santé publique de Sciensano.

1. A. Scohy et al., *Santé des femmes, Health Status Report*, 29 avril 2024, www.sciensano.be.

2. Organisation mondiale de la santé, *Women's health*, www.who.int.

3. C. Criado Perez, *Invisible Women: Exposing Data Bias in a World Designed for Men*, Chatto & Windus, 2019.

4. A. Holdcroft, "Gender bias in research: how does it affect evidence based medicine?", *J R Soc Med*, 2007 Jan;100(1).

5. AF Dijkstra et al., "Gender bias in medical textbooks: examples from coronary heart disease, depression, alcohol abuse and pharmacology", *Med Educ*, 2008 Oct;42(10).

6. Y. Zopf et al., "Women encounter ADRs more often than do men", *Eur J Clin Pharmacol*, 2008 Oct;64(10).

7. I. Zucker, BJ Prendergast, "Sex differences in pharmacokinetics predict adverse drug reactions in women", *Biol Sex Differ*, 2020 Jun 5.

8. M. Nazir et al., "Menstrual abnormalities after Covid-19 vaccines:

Historiquement, la santé des femmes n'a que peu été prise en considération, en partie à cause d'une discrimination ancrée dans les facteurs socioculturels². Les normes sociales traditionnelles attribuent des rôles spécifiques aux femmes souvent centrés sur leur fonction reproductive, induisant une diminution des opportunités et renforçant les disparités de santé tout au long de la vie. Il est donc difficile d'imaginer que dans ce cadre sociétal, les femmes puissent atteindre leur plein potentiel de santé.

Sous les radars

Les corps féminins ont toujours été sous-étudiés et sous-représentés dans la recherche en santé³. La plupart des connaissances en sciences médicales sont fondées sur des recherches effectuées sur des hommes blancs, excluant les autres groupes démographiques. Cette exclusion se justifie par l'hypothèse selon laquelle le corps féminin est similaire au corps masculin, hormis la taille et la fonction de reproduction. Cependant, les résultats de nombreuses études plus récentes mettent en évidence des différences sexuelles dans divers domaines tels que le fonctionnement mécanique du cœur, la capacité pulmonaire, le système immunitaire ou encore la métabolisation des médicaments. De plus, les différences entre les femmes et les hommes en matière d'étiologie et de présentation clinique commencent à être reconnues, en particulier pour les maladies cardiovasculaires, mais ces connaissances n'ont pas encore été pleinement intégrées dans la pratique clinique ou les méthodes de recherche^{4,5}. Aujourd'hui, les dif-

férences entre les sexes pour de nombreuses autres maladies (maladie d'Alzheimer, cancer du poumon, etc.) sont encore mal comprises, de même que les interactions liées au sexe entre les facteurs de risque (tabac, alcool, surpoids et obésité, activité physique) et les maladies non transmissibles. En outre, les maladies et les conditions spécifiques aux femmes, telles que le syndrome prémenstruel et la périménopause, restent sous-financées et donc sous-étudiées.

Des protocoles rarement adaptés

Cette méconnaissance du corps féminin et des effets négatifs potentiels sur la santé des femmes est renforcée par l'absence de protocoles de traitement spécifiques aux femmes. Celles-ci sont plus susceptibles de ne pas être traitées à temps ou de manière adéquate si les protocoles sont basés sur des traitements développés pour les hommes. Les dosages de médicaments élaborés en fonction du corps masculin peuvent même dans certains cas être dangereux pour les femmes⁶. Une étude récente a montré que la prescription de doses égales d'un certain nombre d'agents pharmaceutiques à des femmes et à des hommes entraînait davantage de réactions indésirables chez les femmes⁷. En général, les femmes sont 1,5 à 2 fois plus susceptibles de développer une réaction indésirable aux médicaments prescrits que les hommes. Par exemple, il a été démontré que le cycle menstruel affecte la façon dont les antipsychotiques, les antihistaminiques, les antidépresseurs et les antibiotiques sont métabolisés dans l'organisme féminin. Inversement, certains médicaments et traitements peuvent affecter les hor-

mones et donc le cycle menstruel de la femme, comme dans le cas des récents vaccins contre le Covid-19, un effet qui n'a été constaté qu'après que le vaccin a été administré à la population⁸. Les femmes atteintes de pathologies spécifiques ne bénéficient souvent pas d'un traitement adéquat (par exemple l'endométriose, les douleurs menstruelles et le syndrome prémenstruel), et très peu de médicaments sont mis à la disposition des femmes enceintes parce que les études de développement des médicaments ne les incluent pas dans leur phase d'innocuité.

Stéréotypes de genre

Pour de nombreuses maladies, le délai de diagnostic est plus long pour les femmes que pour les hommes, ce qui a des conséquences sur leur traitement et leur santé. Les raisons en sont complexes et vont au-delà des différences anatomiques et biologiques pour s'étendre à la culture des soins de santé et à la façon dont les femmes sont perçues^{9,10}. Pour des symptômes similaires, les femmes sont moins susceptibles que les hommes de se voir prescrire des tests de diagnostic et les symptômes eux-mêmes peuvent se présenter différemment chez les femmes. Si ces différences ne sont pas reconnues par les cliniciens, cela peut contribuer à minimiser les symptômes et à poser des diagnostics erronés¹¹. Les femmes sont également plus susceptibles de recevoir un diagnostic psychiatrique pour un large éventail de problèmes de santé, y compris la douleur, alors que les hommes sont plus susceptibles de se voir prescrire des tests de diagnostic¹². En effet, la douleur des femmes est souvent minimisée et n'est pas prise autant au sérieux par les cliniciens que celle des hommes, un phénomène connu sous le nom de *pain gap* (décalage de la douleur). Ce décalage peut entraîner un retard important dans le diagnostic, comme c'est le cas pour l'endométriose (le délai moyen de diagnostic à partir de l'apparition des symptômes est de 6,7 ans). Il est à noter que ces préjugés peuvent également avoir des effets négatifs pour la santé des hommes. Par exemple, l'ostéoporose et le cancer du sein sont souvent mal diagnostiqués ou diagnostiqués avec beaucoup de retard chez les hommes, car ces maladies sont plus courantes chez les femmes. Les maladies mentales telles que la dépression, l'anxiété et les troubles de l'alimentation sont égale-

ment plus susceptibles d'être mal diagnostiquées et non traitées chez les hommes¹³. Les rôles traditionnels des hommes et des femmes peuvent en outre avoir une incidence sur le recours aux soins de santé. Les hommes sont systématiquement moins enclins à consulter un médecin que les femmes, ce qui pourrait être lié à une norme sociale selon laquelle les hommes doivent être forts et ne pas se plaindre de leur inconfort physique et psychologique.

Des inégalités précoces

De nombreuses études européennes et nord-américaines ont mis en évidence une augmentation des symptômes psychologiques¹⁴ et physiques déclarés par les filles lors de la transition vers l'adolescence, souvent à un taux plus élevé que pour les garçons. En Belgique, de grands progrès ont été réalisés au cours des dernières décennies pour assurer une meilleure égalité des chances entre les hommes et les femmes. Néanmoins, un fossé subsiste, alimenté par des stéréotypes, des préjugés et des discriminations. Les filles peuvent être confrontées à des attentes académiques plus élevées et à des normes sociétales restrictives fondées sur le genre. Les études belges HBSC (*Health Behaviour in School Aged Children*) menées dans des écoles secondaires à travers tout le pays démontrent que les filles ont des difficultés accrues en ce qui concerne certains points tels que la santé mentale et l'éducation physique en comparaison des garçons. Elles

sont par exemple plus nombreuses à rapporter des symptômes dépressifs (47 % vs 31 %), des pensées suicidaires (22 % vs 13 %) et des symptômes psychosomatiques. Les jeunes se sentent également délaissés sur le plan de l'éducation sexuelle et relationnelle, les cours étant selon eux trop focalisés sur les aspects biologiques¹⁵. Les cours d'éducation à la vie relationnelle, affective et sexuelle (EVRAS) ne sont d'ailleurs plus obligatoires en communauté flamande, et seules quatre heures y sont consacrées dans la communauté française (depuis 2023). Si les jeunes n'ont pas l'occasion d'aborder ces sujets à la maison, ils n'ont donc que

- A systematic review", *Vacunas*, 2022 Sep 1;23.
9. OA Alabas et al., "Sex Differences in Treatments, Relative Survival, and Excess Mortality Following Acute Myocardial Infarction: National Cohort Study Using the SWEDEHEART Registry", *J Am Heart Assoc*, 2017, 6(12).
10. JH Pope et al., "Missed diagnoses of acute cardiac ischemia in the emergency department", *N Engl J Med*, 2000 Apr 20;342(16).
11. AM Chang et al., "Gender bias in cardiovascular testing persists after adjustment for presenting characteristics and cardiac risk", *Acad Emerg Med*, 2007 Jul;14(7).

Les symptômes eux-mêmes peuvent se présenter différemment chez les femmes.

12. Harvard Health, *Women and pain: Disparities in experience and treatment*, 2017, www.health.harvard.edu.
13. RoSa vzw, *Gender- en sekseverschillen in lichamelijke gezondheid*, 2023, <https://rosavzw.be>.
14. A. MacLean et al., "How robust is the evidence of an emerging or increasing female excess in physical morbidity between

peu ou pas d'occasion de le faire dans le cadre scolaire non plus.

Un marqueur socioéconomique

Les jeunes femmes adultes sont confrontées à divers défis en matière de santé sexuelle et reproductive tels que l'infertilité et les problèmes menstruels. Elles doivent aussi faire face à des maladies chroniques souvent sous-diagnostiquées, comme l'endométriose et le syndrome des ovaires polykystiques (SOPK), qui peuvent impacter leur qualité de vie. La dépression post-partum n'a quant à elle pas fait l'objet d'études approfondies en Belgique, mais sa prévalence est estimée entre 10 et 27 %. En ce qui concerne la mortalité périnatale, elle est faible en Belgique par rapport à d'autres pays, mais cet avantage n'est pas réparti de manière égale entre toutes les femmes. Le faible niveau d'éducation, le chômage, la maternité monoparentale, le statut de migrant et l'absence de couverture des soins de santé exposent les femmes belges

à un risque accru de complications périnatales telles que les naissances prématurées et le faible poids à la naissance. Certaines pratiques médicales liées à l'accouchement, comme l'épisiotomie (une inci-

sion pratiquée dans la vulve pendant l'accouchement afin d'élargir le passage du bébé et d'éviter les déchirures du périnée), sont aujourd'hui remises en question. Cette intervention courante, voire presque systématique au XX^e siècle, est actuellement considéré comme un symbole de la médicalisation inutile de l'accouchement par son usage excessif. Le taux d'épisiotomie était de 47 % en 2010 tandis qu'il varie à présent de 15 à 35 %^{16,17} selon la région considérée.

Le lourd fardeau de la (péri)ménopause

Vers la fin de l'âge reproductif, la périménopause vient bouleverser l'équilibre hormonal du corps des femmes, annonçant la fin de la fertilité et des menstruations. Les symptômes qui en découlent peuvent inclure des changements d'humeur, des troubles de la concentration, des symptômes dépressifs et des insomnies, ainsi que des symptômes physiques tels que la prise de poids, le

ralentissement du métabolisme, les sueurs nocturnes, les bouffées de chaleur et les frissons. Bien que toutes les femmes ne manifestent pas les symptômes de la périménopause, beaucoup en souffrent. En raison d'un manque de connaissances et d'une stigmatisation sociétale, il arrive qu'elles cachent ces symptômes, les confondent ou en minimisent l'impact. Ces symptômes disparaissent souvent une fois que le processus de la ménopause est terminé, mais ce processus peut prendre de nombreuses années. Des solutions telles qu'un traitement hormonal de la ménopause (THM) et la gestion des symptômes par des médicaments (antidépresseurs, médicament permettant de traiter la perte de densité osseuse) peuvent être proposées aux femmes souffrant des symptômes de la ménopause. Le 8 février 2023, le Sénat belge a entendu une résolution visant à définir une politique nationale sur la ménopause et la périménopause en reconnaissance du lourd fardeau que les symptômes peuvent faire peser sur les femmes et de son impact plus large sur la société et l'économie. Cette résolution appelle à une plus grande coordination entre les secteurs de la santé, les entreprises et la société dans son ensemble pour lever les tabous autour de la ménopause et garantir l'accès aux soins et aux traitements.

Partout dans le monde

Le rapport 2024 de Sciensano sur la santé des femmes révèle que, bien que les femmes tendent à accorder plus d'attention à leur santé et à la prévention des maladies, les barrières sociales et les préjugés peuvent les empêcher d'être entendues et de voir leurs besoins de santé satisfaits. Ce problème n'est pas unique à la Belgique. Partout dans le monde, les femmes prennent souvent en charge des rôles de soins informels en plus de leur propre travail, et les attentes sociétales sur le comportement des femmes sont inculquées dès l'enfance. Le rapport souligne également qu'il existe de nombreuses lacunes en matière d'informations qui pourraient améliorer la prise de décision et les soins aux femmes. Cela inclut la nécessité d'un profil épidémiologique pour plusieurs maladies spécifiques aux femmes, comme l'endométriose et le syndrome des ovaires polykystiques, ainsi que l'inclusion systématique de la dimension de genre dans les mécanismes de surveillance actuels. ■

Les femmes prennent souvent en charge des rôles de soins informels en plus de leur propre travail.

childhood and adolescence?

Results of a systematic literature review and meta-analyses", *Soc Sci Med*, 2013 Feb;78.

15. *La santé sexuelle des jeunes : parlons-en !* www.partenamut.be.

16. V. Van Leeuw, Ch. Leroy, *Santé*

périnatale en Région

bruxelloise - Année 2021,

Centre d'Épidémiologie périnatale, 2022.

17. R. Goemaes et al.,

Perinatale gezondheid in Vlaanderen - Jaar 2021,

Studiecentrum

voor Perinatale

Epidemiologie, 2022.