



HAL
open science

Genre et santé : enquête qualitative auprès de médecins généralistes sur leurs représentations des disparités en santé entre les hommes et les femmes réalisée en 2019 dans les Pyrénées Atlantiques

Tiphaine Levoir, Camille Levoir

► To cite this version:

Tiphaine Levoir, Camille Levoir. Genre et santé : enquête qualitative auprès de médecins généralistes sur leurs représentations des disparités en santé entre les hommes et les femmes réalisée en 2019 dans les Pyrénées Atlantiques. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02498459

HAL Id: dumas-02498459

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02498459>

Submitted on 4 Mar 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Thèse pour l'obtention du
DIPLÔME D'ÉTAT de DOCTEUR en MÉDECINE

Présentée et Soutenue Publiquement
le 12 Décembre 2019 à Bordeaux

Par :

Camille LEVOIR

Née le 9 Décembre 1988 à Tassin-la-Demi-Lune

Tiphaine LEVOIR

Née le 14 Mai 1991 à Ecully

**GENRE ET SANTÉ : ENQUÊTE QUALITATIVE AUPRÈS DE MÉDECINS
GÉNÉRALISTES SUR LEURS REPRÉSENTATIONS DES DISPARITÉS EN SANTÉ
ENTRE LES HOMMES ET LES FEMMES RÉALISÉE EN 2019 DANS LES
PYRÉNÉES ATLANTIQUES**

Directeur de thèse :

Monsieur le Dr Yves-Marie VINCENT

Devant le Jury composé de :

| | |
|-------------------------------------|--------------------|
| Monsieur le Pr Jean-Philippe JOSEPH | Président |
| Madame le Dr Sylvie MAURICE | Rapporteur et Juge |
| Madame le Pr Muriel RAINFRAY | Juge |
| Monsieur le Dr Laurent GUEZ | Juge |
| Monsieur le Dr Yves-Marie VINCENT | Juge |
| Madame Brigitte ESTEVE-BELLEBEAU | Membre Invité |

Remerciements

À Monsieur le Professeur Jean-Philippe Joseph,
De nous faire l'honneur de présider ce jury de cette thèse.

À Madame le Docteur Sylvie Maurice
De nous faire l'honneur de participer à ce jury de thèse. D'avoir accepté d'être rapporteuse de cette thèse, pour vos précieux conseils et pour l'intérêt que vous portez à ce sujet.

À Madame le Professeur Muriel Rainfray
De nous faire l'honneur de participer à ce jury de thèse.

À Monsieur le Dr Laurent Guez
De nous faire l'honneur de participer à ce jury de thèse.

À Madame Brigitte Estève-Bellebeau
De nous faire l'honneur de participer à ce jury de thèse, pour l'intérêt que vous portez à ce sujet, pour nous avoir inspiré par vos enseignements en éthique médicale et les discussions qui ont suivi vos cours.

À Monsieur le Docteur Yves-Marie Vincent
De nous faire l'honneur d'avoir dirigé cette thèse et de participer à ce jury de thèse, de nous avoir aiguillé tout au long de ce travail, pour avoir été disponible dans les moments de doutes.

À nos grand-mères, qui sans le vouloir nous ont par leur vécu inspirées et motivées à réaliser notre thèse sur ce sujet.

À nos parents, pour nous avoir permis de devenir ce que nous sommes, tout en nous laissant très libres dans nos choix.

À la smala, notre point d'ancrage, Mathieu, Marion, Tanguy, à Emma et Marie-Cécile, à Léon et Nino.

À notre soeur Marion, qui on l'espère ne cessera jamais de venir nous bousculer dans nos certitudes.

Aux copains engagés, qui nous ont certainement inspirées et aux lieux de convivialité et d'émulation :

À l'Astronef où a germé l'idée de cette thèse, à Laureen, Sophie, Willux et Pierrot qui portent un si beau projet.

À Thibaud et Fanette pour leur sens de l'accueil, à Oliv dans la lutte contre les violences faites aux femmes, à Boris qui donne envie d'envisager de nouveaux modes d'exercice.

À Justine, Marion, Damien et bien sûr Omar pour leurs convictions politiques et écologiques qu'ils savent si bien incarner et partager.

Aux copains du SIMGA et l'ISNAR-IMG, à Myriam pour les engagements futurs.

Aux bénévoles de la Pistoufnerie, qui font vivre culturellement un désert médical.

À Hamza, exemple d'humilité et de lucidité, qu'on pense avoir converti au féminisme. Pour tes bouillons de poulet et les truites au barbecue.

Camille :

Aux amitiés fidèles qui continuent de grandir à distance : Lindsay, Tess, Hortie, Mine et tout particulièrement Clarisse et Mayo, alliées inconditionnelles dans ces années d'études.

À Capu et Marie Napo, sans qui je n'aurais jamais passé le cap de la première année.

À Tiffany, avec qui nos trajectoires semblent toujours aussi magiquement et joyeusement s'entremêler, et à Simon.

À Nath, Anna, à Madeleine, véritables ange-gardiennes, drôles, bienveillantes et passionantes.

À Mathilde avec qui j'aime tant partager la vision de notre métier et de tant d'autres choses.

Aux colocs : Marine, Stouf, José, Eric, Emelyne pour leur joie de vivre. À ma famille des Pastourelles pendant cette thèse : Sophie tout particulièrement, Mariama, Anna, Gaby, Chacha et leur canapé.

Aux médecins de la MSP de Saint Martory qui m'inspirent chacune à leur manière : Perine, Anne et Hélène. À Petroushka et Alexis, compagnons de rires et de galère.

À mes maîtres de stage : Dr Thomas De Saint-Vincent, Dr Michel Merly et Dr Thierry Larivière.

M'avoir pleinement intégrée dans votre exercice auprès de vos patient.e.s a été un privilège. A Thomas pour des débriefings aussi enrichissants.

Aux formidables secrétaires : Marie-Elise, Aurélie et Corinne qu'on ne remercie jamais assez.

Tiphaine :

Aux vieilles de la vieille : Pauline, Aurélie, Ophélie, Julie, toujours fidèles.

Aux chicanos, pour le coup de coeur amical : Matt, Melchior, Marta, Clemens, Marine et tout particulièrement à mes compagnons de bataille pour m'avoir poussée : Juliette parce que Juliette, Nico pour la D4 et Cassandre pour la déconne.

À l'équipe médicale du service de Gastro de Bayonne et Cardio d'Oloron, début et fin de mon internat, et tout particulièrement aux équipes soignantes qui m'ont réellement touchée par leur investissement personnel dans un service public en crise.

Aux Dr Alice Boubarne et Dr Anne Pommies pour m'avoir initiée à la médecine générale.

Aux rencontres lors de mon internat.

Pour ces nouvelles rencontres qui m'ont fait atteindre des sommets : Denis, Amaia, Elena, et Thibault.

À Rose pour ses blagues et à Ben pour nous supporter.

À mi amor, Omar. Hasta la victoria siempre !

À l'une et à l'autre : pour la sororité.

Table des matières

| | |
|---|----|
| 1. AVANT-PROPOS..... | 6 |
| 1.1 Contexte | 6 |
| a) Définitions du genre..... | 6 |
| b) Des études focalisées sur la santé des femmes..... | 6 |
| c) La question des disparités entre hommes et femmes dans le domaine de la santé | 7 |
| d) Disparités ou inégalités de santé entre hommes et femmes ?..... | 7 |
| e) Des études qui ont cherché à démontrer le rôle des stéréotypes et des biais de genre dans la décision médicale..... | 8 |
| f) Des représentations différentes de la santé entre les hommes et les femmes..... | 9 |
| g) L'intérêt d'explorer les représentations des médecins généralistes..... | 10 |
| 1.2 Hypothèse et objectifs :..... | 10 |
| 1.3 Freins et limites de l'étude :..... | 11 |
| 1.4 Bibliographie :..... | 12 |
| 2. L'ARTICLE : | 14 |
| 2.1 Glossaire :..... | 14 |
| 2.2 Introduction..... | 15 |
| 2.3 L'enquête..... | 16 |
| 2.4 Résultats :..... | 17 |
| 2.4.1 L'expression du mal être, perçue chez les femmes, difficile à repérer chez les hommes | 17 |
| a) Les symptômes des femmes plus souvent rattachés à un mal-être | 17 |
| b) Incertitude du diagnostic face aux plaintes des femmes | 17 |
| c) Des difficultés à repérer le mal-être chez les hommes..... | 17 |
| d) Influence de la relation médecin-patient | 18 |
| e) L'influence des normes de genre..... | 18 |
| 2.4.2 Le risque cardio-vasculaire différemment perçu, lié à un apprentissage genré des maladies..... | 18 |
| a) Une représentation masculine des maladies cardio-vasculaires | 19 |
| b) Le diagnostic d'infarctus du myocarde plus difficile chez les femmes | 19 |
| c) Un apprentissage stéréotypé des maladies | 19 |
| d) Difficultés à percevoir l'influence des biais de genre..... | 19 |
| e) Valorisation d'une approche scientifique..... | 20 |
| 2.4.3 Des comportements genrés chez les patient.e.s conformes aux représentations de la santé et rôles sociaux des hommes et des femmes, encouragés par le système de soins | 20 |
| a) Des comportements en santé genrés liés à des préoccupations différentes..... | 20 |
| b) L'influence du rapport au corps, d'une éducation genrée et des rôles sociaux..... | 20 |
| c) L'influence du parcours médical au sein du système de soins..... | 21 |
| d) Attitudes des Médecins Généralistes vis à vis des comportements genrés des patients | 21 |
| 2.4.4 Des conceptions différentes du genre chez les Médecins Généralistes..... | 21 |
| a) Confusion autour du concept de genre..... | 21 |
| b) Perceptions différentes des inégalités sociales liées au genre..... | 22 |
| c) Freins à aborder le genre..... | 22 |
| 2.5 Discussion : | 23 |
| 2.5.1 La perception d'une expression genrée du mal-être qui peut contribuer à renforcer les stéréotypes masculins et féminins..... | 23 |
| 2.5.2 La nécessité de sensibiliser les médecins au sous-diagnostic des maladies cardio- | |

| | |
|---|----|
| vasculaires et aux biais de genre dans la décision médicale | 24 |
| 2.5.4 L'intérêt d'une approche pluridisciplinaire avec les sciences sociales..... | 24 |
| 2.6 Conclusion :..... | 25 |
| 2.7 Bibliographie :..... | 26 |
| 3 . ANNEXES..... | 29 |
| 3.1 Annexe 1 : Guides d'entretiens..... | 29 |
| 3.2 Annexe 2 : Exemple d'un verbatim..... | 31 |
| 3.3 Annexe 3 : Caractéristiques des médecins généralistes..... | 38 |
| 3.4 Annexe 4 : Codage ouvert..... | 39 |
| 3.5 Annexe 5 : Le Codage sélectif..... | 41 |
| 3.6 Annexe 6 - Résultats et parties de la discussion non inclus dans l'article..... | 42 |
| 4. RÉSUMÉ..... | 45 |

Glossaire :

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

IDM : Infarctus Du Myocarde

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

MG : Médecin Généraliste

MCV : Maladies Cardio-Vasculaires

SCA : Syndrome Coronarien Aigu

1. AVANT-PROPOS

1.1 Contexte

Comment le genre influence-t-il la santé ? Cette question connaît un regain d'intérêt au vu des articles grand-publics parus sur le sujet et a également fait l'objet de colloques universitaires en lien avec les sciences sociales (1-6). La littérature médicale ne manque pas d'études épidémiologiques et cliniques sur la question. Pourtant, elle n'est pas traitée dans la formation médicale en France.

a) Définitions du genre

Pour les sciences sociales, le genre est lié au sexe mais les deux termes ne sont pas synonymes. Le genre est un concept, s'emploie au singulier et ne renvoie pas à deux variables, féminin et masculin (11).

Le terme genre, tel qu'il est utilisé dans les documents institutionnels, est souvent synonyme de "sexo-spécificité". Cette définition renvoie à la construction sociale du genre en opposition au sexe biologique. Pour les sciences sociales, restreindre le genre aux différences socialement construites entre les hommes et les femmes "*escamote les rapports de pouvoir entre les sexes*", dans une vision binaire et hétérocentrée (11).

Plus largement, le genre est souvent utilisé comme synonyme de "*rapports sociaux de sexe*", faisant référence aux inégalités sociales qui persistent dans les différents aspects de la société selon le sexe (famille, travail, politique, vie économique).

Dans sa définition de référence en sciences sociales, le genre renvoie à un "*système de différenciation sociale*", qui permet de ne pas limiter la question du genre aux femmes et au féminisme. Pour les sciences sociales, le genre vient "*produire les catégories de sexe, les organiser dans un rapport de pouvoir asymétrique, selon une idéologie et un ensemble de normes*". Cette définition du genre permet d'élargir le concept afin de repenser aussi les masculinités, la binarité du genre, la vision hétéro-normée et le caractère fixe selon le lieu et le temps des identités sexuées (11).

Au lieu de venir questionner la binarité de genre et la vision hétéro-normée dans une réflexion plus globale sur le genre, cette étude s'intéresse à comment la construction sociale du masculin et du féminin peut venir influencer la santé.

b) Des études focalisées sur la santé des femmes

Les travaux de sociologie en France sur la question du genre et de la santé se sont pendant longtemps focalisés sur "*les questions intrinsèquement féminines*" (médecine reproductive et contraceptive ou violences contre les femmes) (12).

De manière similaire, les thèses d'exercice de médecine en France se sont focalisées sur la contraception ou les violences contre les femmes. Peu de thèses ont abordé la question du genre dans les différences de santé et aucune sur les différences de mortalité entre hommes et femmes, c'est à dire sur des sujets où les différences de sexe ont moins d'importance en apparence. On retrouve sur le site SUDOC : 570 résultats en tapant "*contraception médecine générale*", dont deux seulement s'intéressant à place de l'homme dans la contraception et cinq à la contraception masculine (obtenu en réduisant la recherche aux

thèses contenant “masculine” ou “homme” dans le titre) et 80 résultats avec les mots “thèse médecine générale violences femmes” et une étude en remplaçant “femmes” par “hommes” (13).

Une recherche avec le mot “genre” dans le titre ne retrouve que 13 résultats parmi l’ensemble des thèses de médecine générale (13).

La recherche médicale, y compris dans le domaine de la médecine générale, illustre ce que la chercheuse en sociologie A. Meidani a pu écrire sur le genre et la santé : *“la focalisation actuelle sur la santé des femmes réduit la santé des hommes à un phénomène non problématisé et invisible”* et *“la fameuse émancipation des corps des femmes ne saurait [...] se produire qu’au prix de la dépendance accrue à la médecine”*(14).

c) La question des disparités entre hommes et femmes dans le domaine de la santé

Dans la littérature médicale, des études ont mis en évidence des différences de prévalence entre les hommes et les femmes dans la dépression et les maladies cardio-vasculaires (MCV). Les différences biologiques ne permettent pas à elles seules de justifier ces écarts de prévalence.

Les résultats d’une enquête réalisée par le Baromètre santé en 2017 en France sur la dépression retrouvait une prévalence 2 fois plus élevée chez les femmes (13,0%) que chez les hommes (6,4%) (7). Un rapport parlementaire a été réalisé en 2006 sur l’utilisation des psychotropes en France. Il montre un usage de ces médicaments deux fois plus important chez les femmes que chez les hommes. Le rapport précise que cette consommation n’est pas nécessairement due à une plus grande vulnérabilité mais à un effet de recrutement par un plus grande recours au système de soins chez les femmes (8). Une autre étude démontre que les femmes, consultant davantage le médecin généraliste (MG) que les hommes, sont plus susceptibles d’être diagnostiqués d’un syndrome dépressif et donc traitées (9).

Dans le domaine des MCV, la prévalence des syndromes coronariens aigus (SCA) est plus importante chez les hommes de moins de 60 ans, mais la tendance s’inverse chez les femmes après 75 ans avec une prévalence 2 à 3 fois supérieure dans cette tranche d’âge. Récemment, pour des raisons mal connues, on retrouve une augmentation de SCA chez les femmes jeunes. Ces résultats peuvent être en partie expliqués par une part biologique : l’expression génique des chromosomes sexuels ainsi qu’une influence des hormones sexuelles. Mais ces différences sont aussi liées à des différences dans la prise en charge et aux tests diagnostiques. On retrouve entre autres un délai plus tardif des consultations chez les femmes présentant des symptômes de SCA et les tests d’effort ont une moins bonne spécificité et sensibilité chez femmes que chez les hommes (10).

Ces études soulèvent des interrogations sur les facteurs autres que biologiques pouvant être à l’origine de différences de santé entre les hommes et les femmes.

d) Disparités ou inégalités de santé entre hommes et femmes ?

Ces différences de santé entre hommes et femmes sont-elles directement le reflet d’inégalités en santé ? Vis-à-vis de ce qui a pu être écrit sur le sujet, la réponse à cette question est discutable (5,12).

Que penser de la surmortalité masculine au regard de l’espérance de vie en bonne santé ? En 2016, l’espérance de vie à la naissance est de 79,4 ans pour les garçons et de 85,4 pour les filles (15). La surmortalité masculine n’a pas toujours existé et n’est pas retrouvée dans d’autres pays (12). Cet écart est réduit lorsque l’on se penche sur l’espérance de vie en bonne santé : elle s’élève en 2015 à 62,6 ans pour les hommes et 64,4 ans pour les femmes (15). S’il est difficile de nier l’avantage des femmes sur les hommes en termes de mortalité, certains auteurs le perçoivent comme un avantage réduit pour les femmes qui vivent

plus longtemps mais en moins bonne santé.

Dans leur livre, *La santé, encore une affaire d'hommes ?*, Muriel Salles et Catherine Vidal dénoncent le sous-diagnostic de l'ostéoporose dont seraient victimes les hommes (5). Dans les recommandations de l'HAS sur les médicaments de l'ostéoporose, on retrouve une orientation particulière des indications thérapeutiques vers les femmes ménopausées alors que les hommes sont très peu mentionnés (16). Mais des critiques ont pu être émises de la part de médecins à l'encontre du rapport bénéfice-risques insuffisant des traitements de l'ostéoporose auxquels les femmes seraient davantage exposées (17).

Sans nier l'existence d'inégalités sociales entre les hommes et les femmes, l'objectif de cette étude n'était pas de chercher à établir qui des hommes ou des femmes sont plus avantagés dans le domaine de la santé tant il est difficile de décider quand les disparités en santé deviennent des inégalités de santé.

e) Des études qui ont cherché à démontrer le rôle des stéréotypes et des biais de genre dans la décision médicale

S'il n'est pas possible de "*conclure à un sexe fort en termes de santé*" (12), force est de constater que "*les femmes et les hommes ne sont pas logés à la même enseigne*" (5). Il est donc licite de se poser la question d'un éventuel traitement différentiel par le système de soins, et notamment de la part des médecins, qui seraient à l'origine ou viendraient faire perdurer les disparités observées.

Une étude suédoise qualitative a cherché à étudier l'influence du genre du patient sur la prescription médicamenteuse. Les praticiens affirmaient prendre en considération le genre dans leur pratique mais ne percevaient pas comment cela pouvait influencer le diagnostic et la décision de traiter ou non. Malgré le fait qu'il ait été démontré que la prescription médicamenteuse recommandée en cas de fibrillation atriale ou de coronaropathie n'était pas toujours instaurée chez les femmes, ce traitement différentiel n'était pas reconnu par les médecins (18).

Une autre étude suédoise a cherché à explorer les stéréotypes de genre chez les étudiants en médecine. Il était demandé aux étudiants de prédire le sexe de patients à partir d'un texte qu'ils avaient rédigé sur le vécu de leur maladie. Les catégories les plus fortement associées au sexe féminin par les étudiants étaient le "*besoin de soins de confort*", "*la description du vécu des soins médicaux*" et "*les réactions émotionnelles*" avec une faible force prédictive. L'auteure concluait que cela pouvait renforcer la tendance à interpréter les symptômes des femmes comme d'origine psychologique. La catégorie "*faits concrets*" était plus souvent associée aux hommes avec une bonne valeur prédictive. L'auteure concluait qu'une part de réalité est révélée par les stéréotypes, mais que leur application à l'échelle individuelle peut porter préjudice aux patients qui ne correspondent pas au stéréotype (19).

Au niveau de la prise charge des MCV par les MG en soins primaires, une étude a montré que les MG posaient moins de questions aux femmes lors de l'interrogatoire, les examinaient moins rigoureusement et leur proposaient moins d'examen complémentaires (20). Une étude observationnelle réalisée sur des internes en médecine a montré que le genre du médecin ainsi que celui du patient influencent l'examen cardio-vasculaire. Les internes étaient moins susceptibles de réaliser correctement l'examen clinique cardio-vasculaire chez les patientes que chez les patients. Les femmes médecins auscultaient plus rigoureusement les patientes que les hommes médecins notamment dans la recherche des souffles cardiaques (21).

L'existence de biais de genre venant entraîner un traitement médical différentiel entre hommes et femmes a ainsi pu être mis en évidence. Ces connaissances médicales constituent un véritable corpus que certaines universités à l'étranger ont aujourd'hui intégré à leur cursus médical (22).

f) Des représentations différentes de la santé entre les hommes et les femmes

Les disparités en santé selon le genre dans une approche globale de la santé ont fait l'objet de la thèse de sociologie de A. S. Cousteaux, *Le Masculin et le féminin au prisme des inégalités en santé* (12). L'objectif de sa thèse était d'explorer pourquoi les femmes se déclarent en moins bonne santé que les hommes, à caractéristiques égales, alors que paradoxalement la mortalité précoce est plus importante chez les hommes (12).

L'étude s'est intéressée notamment à la santé perçue des femmes et des hommes à partir des données de l'enquête Santé 2002–2003 de l'Insee (après une régression logistique sur l'âge, l'origine sociale et les comorbidités) (12).

Il ressort de ces données une sur-déclaration féminine des maladies mais aussi la perception d'un moins bon état de santé global chez les femmes. Les femmes déclarent plus de maladies car elles ont une meilleure connaissance médicale par une plus grande proximité avec le système de soins mais aussi un rapport au corps les autorisant à se soucier de leur état de santé (12).

L'analyse des données de santé subjectives a permis d'avancer une "*origine sociale commune à la sur-mortalité masculine et à la sur-morbidité féminine*" par une expression du mal-être différente chez les hommes et les femmes. Le mal-être se manifeste de manière genrée par un plus haut taux de suicide, de comportements à risques et dépendance alcoolique chez les hommes, et des taux de dépression et d'affections physiques et psychologiques déclarées plus élevés chez les femmes (12).

L'analyse de la morbidité déclarée montre que hommes et femmes ont tendance à sous-déclarer ce qui s'éloigne de leur norme de genre : la dépression pour les hommes ou la consommation d'alcool chez les femmes.

Cette thèse de sociologie met également en évidence des représentations différentes de la santé entre les hommes et les femmes. A partir de la question "Être en bonne santé, qu'est-ce que cela signifie pour vous?" posée en 2001 dans l'enquête permanente sur les conditions de vie (EPCV) de l'INSEE (12), une analyse textuelle permet de démontrer que les hommes et les femmes ont des représentations significativement différentes sur certains aspects de la santé. Les hommes ont une représentation plus hédoniste de la santé qui se manifeste par un moindre recours ou un recours plus tardif au médecin ("être en bonne santé c'est ne pas aller chez le médecin"). Les femmes ont une vision plus négative définie par l'absence de maladie et de douleur qui se traduit par une meilleure perception des symptômes et un rapport plus préventif à la santé (12).

Cette thèse montre comment, lorsque l'on s'éloigne de l'approche par pathologie, les représentations de la santé des hommes et des femmes se révèlent conformes aux normes de genre et rôles sociaux. Ces différences socialement construites sont à l'origine d'un rapport différent à la santé et de disparités en santé. Elle offre un point de comparaison pour une réflexion plus globale sur les différences de santé entre hommes et femmes (12).

g) L'intérêt d'explorer les représentations des médecins généralistes

La réalisation d'une étude observationnelle en médecine générale sur le traitement différentiel des hommes et des femmes par les MG n'a pas été envisageable. La diversité des situations cliniques rencontrées et l'éventail des profils de patients nécessiterait une étude de grande ampleur pour contrôler les autres facteurs de disparités en santé (âge et origine sociale).

Pour autant, le MG, par son rôle de coordinateur du parcours de soins et acteur de premier recours, est un interlocuteur de choix lorsque l'on cherche à explorer les phénomènes ayant trait à la santé dans sa

définition globale, à s'éloigner de la classification par pathologie (elle-même pouvant relever d'une construction sociale) et des sujets considérés comme féminins (23).

Des études ont pu démontrer l'influence des représentations sociales (représentations communément élaborées et acceptées par un groupe social) des professionnels de santé sur leur attitude (24, 25).

On considère souvent que les médecins ont une vision objective médicale de la santé alors qu'ils sont également empreints de croyances et représentations de la société dont ils sont issus (25). De par leur propre genre, les normes sociales ainsi que par leur expérience du rapport à la santé des patients, il est probable que les MG ont une représentation sociale, et non purement bio-médicale, des disparités en santé entre hommes et femmes.

A. S. Cousteaux émet l'hypothèse selon laquelle le *“traitement différentiel des hommes et des femmes se révèle (...) conforme aux représentations que le corps médical se fait des disparités en santé et peut venir contribuer à les renforcer”*(12). Il est apparu nécessaire de venir explorer dans un premier temps les représentations des MG.

1.2 Hypothèse et objectifs :

L'hypothèse était que les médecins ont des représentations des disparités en santé entre hommes et femmes issues de leurs connaissances médicales mais aussi de leur expérience sur le terrain et de la société dont ils sont issus. Ces représentations peuvent différer ou être concordantes avec les données qui ont pu être mises en évidence par les études épidémiologiques et sociologiques réalisées dans la population générale.

L'objectif principal était d'explorer les représentations des MG sur les disparités en santé entre les hommes et les femmes.

Les objectifs secondaires de cette étude étaient de :

- Comparer les représentations des MG sur les disparités en santé entre hommes et femmes avec les représentations de la santé des hommes et des femmes dans la population générale et les différences objectivées par les études épidémiologiques ;
- Evaluer à quel niveau les médecins généralistes ont pris conscience des disparités en santé entre hommes et femmes dans leur pratique;
- Evaluer la perception chez les MG d'une origine socialement construite des différences de santé entre hommes et femmes.

1.3 Freins et limites de l'étude :

Le choix d'explorer les représentations des MG a justifié la réalisation d'une étude qualitative. Il a été décidé de réaliser des entretiens individuels semi-dirigés. Un focus groupe n'aurait pas permis la même liberté de parole, de s'affranchir des rapports sociaux de sexe, ni de laisser apparaître les divergences actuelles sur le sujet. Nous n'en avons pas non plus les ressources.

Le guide d'entretien a été élaboré conjointement afin d'aborder les thèmes permettant de “balayer” les représentations de la santé sur des aspects variés (maladies, santé perçue et santé fonctionnelle). Les questions choisies devaient ne pas orienter les réponses, en restant le plus ouvertes possible. La première question a pu être à l'origine d'un biais de désirabilité car il était sous-entendu que des différences de santé existaient entre hommes et femmes. Cela a conduit à rédiger un deuxième guide d'entretien qui permettait aux MG d'exprimer leurs freins vis-à-vis du sujet. Les données issues de la bibliographie sur des différences

objectivées en termes de santé entre hommes et femmes leur étaient proposées en fonction de leurs réponses initiales et il leur était demandé de donner leur avis.

Les entretiens ont été réalisés par chacune des investigatrices, en proportions égales. Le recrutement a été réalisé de proche en proche, en demandant à chaque MG de nous référer à un ou plusieurs MG. Le fait d'être deux investigatrices femmes a pu orienter les réponses des MG. Certains MG travaillaient en association dans le même cabinet et il leur avait été demandé de ne pas discuter du sujet entre eux. Le fait que ces MG travaillent ensemble peut être considéré comme un biais mais a aussi permis d'interroger dans un même cabinet des médecins qui se complètent dans leur pratique de la médecine générale et qui ont donc des patientèles différentes. En effet, les médecins ont pu expliquer qu'au sein du cabinet, leur patientèle s'adaptait à leur pratique (gynécologie ou pédiatrie par exemple) ou à leur manière d'exercer (l'écoute, la prise en charge des troubles psychologiques, disponibilité). Les entretiens ayant été réalisés dans le même département, bien qu'ils aient été conduits en rural, semi-rural et milieu urbain, le contexte socio-économique et la culture locale ont pu influencer les réponses des MG.

L'intérêt d'un travail en binôme était d'améliorer la qualité du recueil et de permettre un double codage afin de diminuer la subjectivité dans l'analyse des résultats. La recherche bibliographique a été divisée en deux parties : l'une sur les définitions du genre et sur les études ayant exploré les biais et stéréotypes de genre, l'autre sur les études ayant exploré les différences objectivées en termes de santé entre hommes et femmes et cela a été partagé et mis en commun avant le début des entretiens. Le lien de parenté entre les investigatrices a permis une certaine liberté dans l'expression des opinions mais a pu diminuer l'interprétation différentielle des résultats. Le fait que les investigatrices soient des femmes a pu influencer les entretiens notamment sur le fait que les disparités soient plus souvent énoncées par les MG comme une inégalité au détriment des femmes.

A l'aide d'un ouvrage sur la méthode de l'étude qualitative (26) et d'un autre sur l'entretien (27), les techniques de recherche qualitative issues des sciences sociales ont été adaptées au domaine de la médecine. L'objectif était d'éviter l'indexation thématique des données en cherchant à qualifier le vécu des MG et leurs représentations et en évitant de qualifier "*ce dont parle l'informateur, mais [plutôt] ce qu'il dit à son sujet*". Cette étude étant le premier travail de recherche qualitative des deux investigatrices, le besoin de se former et se familiariser avec de nouveaux outils a pu limiter la qualité du recueil des données et l'interprétation des résultats.

1.4 Bibliographie :

1. Inserm. Genre et santé : attention aux clichés! [Internet]. Inserm; 2017 [Consulté le 03 Mars 2019]. Disponible sur: <http://www.inserm.fr/actualites-et-evenements/actualites/genre-et-sante-attention-cliches>
2. UMR 5206 Triangle. Colloque "Genre et santé"[Internet]. ENS de Lyon; 2019 [Consulté le 11 Avril 2019]. Disponible sur: <http://triangle.ens-lyon.fr/spip.php?article8389>
3. Bajos N. Genre et santé : question éthique ou politique ? 10 heures de l'éthique [Internet]. Paris : Youtube; 2018 [Consulté le 3 Mars 2019]. Vidéo : 32 min. Disponible sur : <https://www.youtube.com/watch?v=D1SYRtjyzfE>
4. Vidard M, Bohuon F. Genre et Santé [Internet]. Paris: France Inter; 2019 [Consulté le 11 avril 2019]. Disponible sur: <https://www.franceinter.fr/emissions/la-tete-au-carre/la-tete-au-carre-20-fevrier-2019>
5. Vidal C, Salle M. Femmes et santé, encore une affaire d'hommes ? Paris: Belin; 2017.
6. Arbogast, M. La santé n'est pas étrangère au genre. CNRS Le Journal; 2017 [Consulté le 3 Mars 2019]. Disponible sur: <Http://lejournald.cnrs.fr/billets/la-sante-nest-pas-etrangere-au-genre>
7. Léon C, Chan Chee C, du Roscoät E, le groupe Baromètre santé 2017. La dépression en France chez les 18-75 ans : résultats du Baromètre santé 2017. Bull Epidémiol Hebd. 2018;(32-33):637-44.
8. Briot M. Rapport sur le bon usage des médicaments psychotropes [Internet]. Paris : Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé;2006. Rapport n°422 2005-2006. Disponible sur : <http://www.assemblee-nationale.fr/12/pdf/rap-off/i3187.pdf>
9. Bertakis KD, Helms LJ, Callahan EJ, Azari R, Leigh P, Robbins JA. Patient gender differences in the diagnosis of depression in primary care. J Womens Health Gend Based Med. 2001;10:689.
10. Regitz-Zagrosek V, Oertelt-Prigione S, Prescott E, Franconi F, Gerds E, Foryst-Ludwig A, et al. Gender in cardiovascular diseases: impact on clinical manifestations, management, and outcomes. European Heart Journal. 2016;37(1):24–34.
11. Le Talec J-Y, Authier D, Tomolillo S. La promotion de la santé au prisme du genre guide théorique et pratique. Rennes: Presses de l'EHESP; 2019.
12. Cousteaux A. Le masculin et le féminin au prisme de la santé et de ses inégalités sociales. Thèse de Doctorat en sociologie. Paris : Institut d'Etudes Politiques de Paris; 2008.
13. Agence Bibliographique de l'Enseignement Supérieur. Catalogue SUDOC [Internet]. [Consulté le 18 Juillet 2019]. Disponible sur : <http://www.sudoc.abes.fr//DB=2.1/SET=18/TTL=1/>
14. Alessandrin A., Esteve-Bellebeau B. (dir.), Genre ! L'essentiel pour comprendre. Ses concepts, son vocabulaire et ses auteurs, Des Ailes sur un tracteur, 2014
15. Insee. Tableau de l'économie française [Internet]. Insee; 2017 [Consulté le 11 Avril 2019]. Disponible sur : <www.insee.fr/fr/statistiques/fichier/2587886/TEF17.pdf>
16. HAS. Les médicaments de l'ostéoporose [Internet]. Paris: HAS;2014 mis à jour 2019. [Consulté le 11 Juin 2019]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-05/bum_osteoporose_maj_avril2019.pdf
17. Rédaction Prescrire. Interactions médicamenteuses - Comprendre et décider; Patients ayant une ostéoporose. Prescrire. 2016;35(386supp):S527-89
18. Loikas D, Karlsson L, von Euler M, Hallgren K, Schenck-Gustafsson K, Bastholm Rahmner P. Does patient's sex influence treatment in primary care? Experiences and expressed knowledge among physicians a qualitative study. BMC Fam Pract. 2015;16:137
19. Andersson J, Salander P, Hamberg K. Using patients' narratives to reveal gender stereotypes among medical students. Acad Med. 2013;88:1015–21

20. Adams A, Buckingham CD, Lindenmeyer A, McKinlay JB, Link C, Marceau L, et al. The influence of patient and doctor gender on diagnosing coronary heart disease. *Sociol Health Illn.* 2008;30(1):1–18.
21. Chakkalakal RJ, Higgins SM, Bernstein LB, Lundberg KL, Wu V, Green J, et al. Does Patient Gender Impact Resident Physicians' Approach to the Cardiac Exam? *JGIM.* 2013;28(4):561–6.
22. Ludwig S, Oertelt-Prigione S, Kurmeyer C, Gross M, Gruters-Kieslich A, Regitz-Zagrosek V, Peters H. A Successful Strategy to Integrate Sex and Gender Medicine into a Newly Developed Medical Curriculum. *J Womens Health.* 2015;24(12):996–1005
23. Edelman N. Que fait le genre à la maladie? [Internet] *Transtext(e)s Transcultures*; 2016 [Consulté le 03 juillet 2019]. Disponible sur : <http://journals.openedition.org/transtexts/649>
24. Guilfoyle J, Kelly L, St-Pierre-Hansen N. Préjugés en médecine: Notre rôle dans les inégalités en matière de santé. *Can Fam Physician.* 2008;54(11):1518–20
25. Jeoffrion, Christine. Santé et Représentations sociales : une étude « multi-objets » auprès de Professionnels de Santé et Non-Professionnels de Santé. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale.* 2009;82(2):73-115.
26. Lejeune C. Manuel d'analyse qualitative. Analyser sans compter ni classer. Louvain-la-Neuve: De Boeck; 2014.
27. Blanchet A, Gotmann A. L'entretien. Armand Colin;2015.

2. L'ARTICLE :

GENRE ET SANTÉ : ENQUÊTE QUALITATIVE AUPRÈS DE MÉDECINS GÉNÉRALISTES SUR LEURS REPRÉSENTATIONS DES DISPARITÉS EN SANTÉ ENTRE LES HOMMES ET LES FEMMES RÉALISÉE EN 2019 DANS LES PYRÉNÉES ATLANTIQUES

2.1 Glossaire :

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

IDM : Infarctus Du Myocarde

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

MG : Médecin Généraliste

MCV : Maladies Cardio-Vasculaires

SCA : Syndrome Coronarien Aigu

2.2 Introduction

Le développement des études de genre à partir des années 1970 a permis d'interroger la construction du féminin et du masculin et de définir le genre comme une intrication de déterminants sociaux et biologiques (1-2). L'intégration de ces connaissances à la médecine est venue soulever le débat sur les disparités en santé entre hommes et femmes, autant dans le système de soins que dans la recherche bio-médicale (1,3-4). Ce sujet a été largement exploré dans le domaine des sciences sociales (2-3,5-6) et récemment relayé dans les médias (7), mais très peu dans le domaine médical en France par rapport à l'étranger (8).

Que l'on s'intéresse au sous-diagnostic de la dépression chez les hommes (1,3,9) ou au retard au diagnostic de l'infarctus du myocarde chez les femmes (1,3,10,11-13), des études réalisées à l'étranger ont mis en évidence un traitement différentiel des hommes et des femmes par le corps médical que les différences biologiques seules ne permettent pas d'expliquer (9,12,14-15). Une thèse de sociologie de l'Institut d'Etudes Politiques de Paris a mis en évidence que les hommes et les femmes ont des représentations différentes de la santé et des comportements genrés socialement construits pouvant être à l'origine de disparités observées (6). L'objectif de notre thèse est d'explorer les représentations des disparités en santé des hommes et des femmes chez des médecins généralistes (MG) recrutés dans les Pyrénées Atlantiques dans une approche globale de la santé.

2.3 L'enquête

Une enquête qualitative par entretiens semi-dirigés a été réalisée pour explorer les représentations des MG sur les disparités en santé entre les hommes et les femmes. Les objectifs secondaires étaient de comparer leurs représentations à celle de la population générale, d'explorer le niveau de conscience des MG et l'origine perçue de ces disparités. Les entretiens ont été réalisés auprès de MG volontaires en cherchant à diversifier les profils sur les facteurs d'âge, de sexe et de zone d'installation. Ils ont été menés jusqu'à saturation des données auprès de MG recrutés de proche en proche dans notre entourage en Pyrénées Atlantiques. Les entretiens étaient réalisés par les deux investigatrices séparément. Ils ont été réalisés avec anonymisation des données et enregistrement audio.

Le guide d'entretien a été élaboré en s'inspirant des résultats de l'étude sociologique de A.-S. Cousteaux (6), en cherchant à comparer les représentations de la santé des hommes et des femmes, dans une vision globale de la santé, non seulement médicale mais aussi subjective et fonctionnelle. Les axes de recherche étaient : la conscience ou non de disparités en termes de santé globale (santé perçue, morbidité, mortalité, comportements en santé) des hommes et des femmes, le retentissement sur la pratique des MG, l'origine de ces disparités, ou encore l'intérêt porté à ce sujet. Il était rappelé que la comparaison homme/femme devait être à âge égal et contexte social similaire. Le mot genre ou sexe était volontairement non employé avant ou pendant l'entretien pour ne pas orienter les réponses. Lorsque les MG ne trouvaient pas de disparités, des données issues d'articles sur le sujet comme les maladies cardiovasculaires chez les femmes, ou encore le paradoxe entre sur-mortalité masculine et sur-morbidité déclarée chez les femmes, leur étaient exposés pour recueillir leurs opinions. Le guide a été modifié par la suite sur le modèle de la théorisation ancrée en s'adaptant aux premiers entretiens.

Les verbatim des entretiens ont bénéficié d'un double codage avec le logiciel NVIVO®. Un codage sélectif ainsi qu'un codage axial ouvert réalisés en binôme ont permis de faire ressortir une catégorisation permettant de conceptualiser à partir des thèmes abordés par les MG. Ces résultats ont été confrontés aux études déjà réalisées.

2.4 Résultats :

12 entretiens ont été réalisés de septembre à octobre 2019 auprès de 6 MG femmes et 6 MG hommes. Les MG, installés dans les Pyrénées Atlantiques dans 9 cabinets différents, avaient entre 33 et 62 ans. La durée moyenne des entretiens était de 31 minutes.

2.4.1 L'expression du mal être, perçue chez les femmes, difficile à repérer chez les hommes

Les MG interrogés ont dit percevoir plus facilement le mal-être des femmes que celui des hommes. Ils et elles sont conscients que le mal-être se traduit par des plaintes somatiques récurrentes chez les femmes et des comportements à risque chez les hommes. Cette perception d'une expression différente du mal-être repose pour les MG interrogés sur des normes genrées et des différences dans la relation patient-médecin.

a) Les symptômes des femmes plus souvent rattachés à un mal-être

Les plaintes somatiques récurrentes et mal définies sont plus perçues chez les femmes : *« la plainte fatigue est beaucoup plus prépondérante chez les femmes », « elles viennent pour les symptômes... des douleurs, douleur au ventre, des inquiétudes sur les choses ».*

Les MG rattachent ces symptômes à un mal-être : *« je me rend plus vers du psycho-somatique que du somatique, ce serait avec les femmes », « elles parlent d'avoir une douleur, elles parlent d'avoir une fatigue. Elles parlent d'avoir... je sais pas un mauvais sommeil, une mauvaise relation avec leurs proches. Mais, euh... elles disent pas je suis en mauvaise santé », « s'il y a une plainte, elle vient de quelque part, forcément. Et donc, c'est peut-être un moyen d'exprimer d'autres choses ».*

b) Incertitude du diagnostic face aux plaintes des femmes

Les MG soulignent que ces plaintes peuvent entraîner des difficultés en termes de diagnostic et de sur-médicalisation. Par exemple : *« la pathologie thyroïdienne aussi [...] j'ai plus de femmes que d'hommes [...] On sait pas si c'est... si c'est la thyroïde ou si c'est autre chose, si ça peut être d'ordre psychosomatique ».* Le traitement médicamenteux est alors perçu comme un arrangement entre la patiente et le médecin : *« tout le monde était content hein. La femme parce qu'elle avait une réponse à son problème. Et le médecin parce qu'il avait, parce qu'il donnait une réponse ».*

c) Des difficultés à repérer le mal-être chez les hommes

Les MG ont des difficultés à explorer le ressenti des hommes : *« c'est quelque-chose [la dimension psychologique] qu'on peut aborder plus facilement avec une femme qu'avec un homme ».*

Les MG notent que les hommes consultent tardivement, alors que le mal-être se traduit par des symptômes physiques ou que la dépression est affirmée *« les hommes vont attendre beaucoup plus longtemps [...] parfois dans des stades beaucoup plus malades », « l'expression [...] psychosomatique est un peu différente ».*

Certains MG ont pu décrire une présentation clinique atypique chez les hommes qui a retardé le diagnostic de dépression : « *j'ai un exemple [...] dont le diagnostic a été posé comme dépressif et en fait c'était un hyperactif* »; « *soit on arrête pas et on continue de travailler encore plus encore plus, encore plus. Soit on boit ! Soit la violence !* ». Ces symptômes n'étaient pas perçus comme liés au mal-être par les patients et leur entourage, et il pouvait s'agir : « *de faire comprendre parfois à des femmes vis à vis des hommes qui sont dans cet état là et que les hommes ont aucune conscience de leur dépression* ».

d) Influence de la relation médecin-patient

Parce qu'elles se livrent sur leur contexte psycho-social à leur médecin, les MG semblent confiants pour rattacher les symptômes des femmes à une expression d'un mal-être : « *elles vont plus facilement parler de soucis qu'elles ont* ».

Face aux plaintes multiples des femmes, certains MG apprécient les éléments psycho-sociaux apportés par les patientes tandis que d'autres ne savent pas comment les interpréter : « *elles ont souvent beaucoup de motifs à la consultation : de motifs de douleurs, des angoisses, des... enfin tout un tas de [...] quand on voit le nom sur la feuille on se dit "ouh la la" pas elle* ». L'intolérance à l'incertitude du diagnostic et de la thérapeutique semble favoriser une relation complexe avec ces patientes.

L'accès au ressenti des hommes est plus difficile mais semble différer en fonction de l'aisance en communication chez le MG : « *les hommes quand on arrive à établir la relation, un peu de confiance ou autre, vont assez facilement [...] dire*».

e) L'influence des normes de genre

L'origine socio-culturelle est avancée au cours des entretiens pour expliquer que le mal-être des femmes et des hommes s'exprime différemment : « *c'est un peu socio-culturel [...] les femmes sont peut-être un peu plus habituées à exprimer euh... leur mal-être. Les hommes vont peut-être le présenter différemment* » « *Je pense que c'est inhérent au fait des...on va dire du caractère féminin ou masculin* ».

La perception des addictions et notamment l'alcoolisme comme expression du mal-être reflète des normes genrées. La consommation d'alcool chez les femmes est moins bien connue parce que cachée ou plus difficile à explorer pour le médecin en raison des normes sociales. Quand les MG en ont connaissance, ils ou elles ont tendance à le rattacher à un comportement anormal. Chez les hommes, la perception de ces comportements renvoie à une plus grande acceptabilité sociale et les MG la rattachent moins à un mal-être : « *une femme je sais, j'ai des patientes qui boivent [...] elles sont angoissées [...] et je vais pas leur poser la question [...] parce que je pense que pour elles c'est dur c'est une honte [...] je le vis moins comme une honte pour lui [...] souvent elles boivent plus seules, en cachette* ».

2.4.2 Le risque cardio-vasculaire différemment perçu, lié à un apprentissage genré des maladies

La représentation masculine des maladies persiste chez les MG et certains sont conscients des difficultés que cela entraîne dans le diagnostic de l'IDM chez les femmes. Les MG se justifient par l'apprentissage genré des maladies lors de leur formation et sont peu conscients des biais de genre pouvant entraîner un traitement différentiel des hommes et des femmes. La remise en question de leur pratique requiert pour eux des preuves scientifiques.

a) Une représentation masculine des maladies cardio-vasculaires

L'attribution des MCV au sexe masculin est justifiée par la protection hormonale chez les femmes « *[il faut] faire attention chez la femme [...] qui commence à être ménopausée* » et par les facteurs socio-culturels, réduits à l'exposition aux « *facteurs de risques cardio-vasculaires [...] beaucoup plus fort chez les hommes* ». Bien qu'ils ou elles observent une évolution des habitudes de vie chez les femmes : « *il y en a de plus en plus qui fument* ».

b) Le diagnostic d'infarctus du myocarde plus difficile chez les femmes

Leur expérience d'un diagnostic d'IDM inattendu chez les femmes, « *rien ne laissait forcément présager ni au niveau familial, ni même dans l'histoire de vie* », ne suffit pas à venir modifier leurs représentations. Les éventuels retards de prise en charge sont imputés à une moindre reconnaissance des symptômes chez les patientes « *les femmes pensent que c'est les hommes qui sont plus à risques* », ainsi qu'à la présentation clinique atypique « *pour les dames c'est beaucoup plus sournois* ».

Ainsi, la conscientisation par la formation vis à vis des inégalités de prise en charge de l'IDM entre les hommes et les femmes incite-t-elle certains à « *faire attention [...] être pro-actif* ». Mais pour les MG, les retards diagnostiques ne sont pas imputés à leur pratique : « *on pouvait rien faire, je veux dire, il y a pas eu un manque de prévention* ».

c) Un apprentissage stéréotypé des maladies

L'apprentissage des maladies et les exemples utilisés lors de leur formation ont contribué à construire une image stéréotypée du patient à risque cardio-vasculaire « *il y a des maladies comme ça qui sont reconnues comme étant ou des maladies masculines ou des maladies féminines [...] c'est quelque chose que pour nous professionnels on nous a enseigné* ».

Si les représentations sociales des patients sont éventuellement pointées du doigt, les MG critiquent peu leurs propres représentations sociales « *un médecin dans sa pratique il utilise beaucoup les stéréotypes au contraire et c'est ce qu'on nous apprend* ».

d) Difficultés à percevoir l'influence des biais de genre

Les MG affirment ne pas être influencés par le sexe du patient dans la décision médicale « *je ne fais jamais d'acte parce que c'est un homme ou une femme. Je dis pas "bon comme c'est un homme je vais pas faire comme ça", "si c'était une femme"* ». Un des MG a pu reconnaître le biais d'attribuer à un diagnostic différentiel les symptômes tels qu'une douleur thoracique chez les femmes « *parce qu'elles mettent ça davantage peut-être, elles, et le corps médical hein, sur d'autres pathologies* ».

e) Valorisation d'une approche scientifique

Lorsque des biais sont évoqués, les MG attendent une modification des recommandations reposant sur des études scientifiques pour venir remettre en question leurs pratiques « *s'il y a des choses qui sont vraiment scientifiquement prouvées comme un retard d'accès aux soins pour une femme ou pour un homme sur certaines choses... ça ça m'intéresse parce qu'effectivement ça pourrait remettre en cause ma pratique* ».

La perspective d'une médecine sexuellement différenciée, évoquée par certains MG : « *si un jour on en arrive à avoir une pratique de séparer les deux sexes parce qu'on aura démontré que la physiologie c'est pas la même* », traduit le souhait d'une approche scientifique chez les MG.

2.4.3 Des comportements genrés chez les patient.e.s conformes aux représentations de la santé et rôles sociaux des hommes et des femmes, encouragés par le système de soins

Les MG sont conscients que femmes et hommes ont des comportements en santé différents, liés à des attentes différentes, une construction sociale des normes féminines et masculines et des rôles sociaux genrés. Certains MG critiquent le rôle du système de soins qui vient renforcer ces différences mais leur propre rôle est peu critiqué.

a) Des comportements en santé genrés liés à des préoccupations différentes

Les MG notent que les femmes ont tendance à être davantage préoccupées par la prévention. Cela se traduit dans leur recours plus précoce au système de soins « *elles viennent d'abord avant d'être malade* », leur besoin d'avoir une réponse médicale « *elle va plus souvent trouver ça pas normal et va demander au médecin [...] pourquoi, comment ? Est-ce qu'il y a une pathologie derrière ?* » et leur plus grande compliance « *les femmes acceptent beaucoup plus les actes de prévention que les hommes* ».

Les hommes ont tendance à attendre une réponse curative à une demande concrète « *les hommes il faut plus vite un traitement, rapide, efficace, point* », se traduisant par un recours plus tardif au médecin « *on se voyait plutôt après l'accident, après la décompensation chez l'homme* » pour des symptômes invalidants « *il a fallu que ça le gêne* ».

Pour les MG, « *[les hommes et les femmes] on supporte pas la douleur de la même façon* ». Les hommes ont tendance à consulter pour une plainte douloureuse lorsque la douleur a un retentissement fonctionnel « *cette arthrose réduit leur activité au quotidien* ». Les femmes sont perçues comme étant plus endurantes vis-à-vis des douleurs d'arthrose « *elle en souffre mais elle force toujours, elle continue* » alors que les douleurs non expliquées semblent être source d'inquiétude et d'un recours fréquent au médecin.

b) L'influence du rapport au corps, d'une éducation genrée et des rôles sociaux

Les MG expliquent ces différences par un rapport au corps différent « *elles vont être plus sensibles à des symptômes que les hommes* » « *[l'homme est] un peu plus négligeant [...] dans son rapport au corps* » mais aussi le fruit « *des trucs éducatifs je pense qu'on reproduit* » et de rôles sociaux incitant les femmes à prendre soin de leur santé mais aussi de leur entourage « *elles ont plus l'habitude de s'occuper des autres* ». En effet, « *les femmes ont une tendance à plus consulter et à plus revenir* », pour elles mais aussi pour leurs enfants malgré le fait qu'elles travaillent « *je vois plus de femmes que d'hommes accompagner leurs enfants* ». Alors que les hommes en couple ont tendance à consulter lorsque leur femme les incite à consulter « *ils vont venir parce que leur femme leur a dit de venir* » « *y a beaucoup d'hommes qui font appeler leur femme* ».

c) L'influence du parcours médical au sein du système de soins

Selon les MG, le parcours médical renforce les comportements genrés : « *la jeune fille qu'on va voir*

pour tout son côté gynéco et à partir de là il va y avoir un suivi qui est plus important que les hommes ». Certains MG notent que la santé sexuelle est plus souvent abordée chez les filles, renforcé par l'éducation genrée : *« la maman va me demander une consultation dédiée pour la fille, pour parler de la puberté, de la sexualité, de la contraception »* alors que *« le garçon on le laisse tranquille, il va faire sa puberté tranquille »*.

d) Attitudes des Médecins Généralistes vis-à-vis des comportements genrés des patients

Les MG ne reconnaissent pas de traitement différentiel malgré ces comportements genrés puisque leur pratique repose sur des recommandations. Ils ont *« l'impression d'essayer d'être aussi systématique chez les uns comme chez les autres »* ce qui leur permet de s'affranchir des préjugés.

D'autres perçoivent une attitude différente vis à vis des hommes et des femmes *« j'intègre certainement des codes particuliers et à chaque genre, masculin ou féminin, dans les relations, dans le contact, dans la communication »*. Certains MG perçoivent que le fait d'être un homme et de ne pas faire d'actes de gynécologie, peut limiter l'accès aux soins. L'influence de son propre genre est aussi perçue *« j'ai naturellement une empathie vers les femmes plus importante de par le fait que j'en sois une »*. Enfin certains MG perçoivent les préjugés dont ils ou elles peuvent être empreints et pensent que leur *« rôle de docteur c'est de réussir à éviter... de se remettre en question et de savoir quel est moi mon préjugé par rapport à ça [...] de pas différencier [...] les hommes des femmes »*.

2.4.4 Des conceptions différentes du genre chez les Médecins Généralistes

Leur propre conception du genre est ce qui influence le plus les MG interrogés dans leurs représentations des disparités en santé entre les hommes et les femmes. On retrouve une certaine hétérogénéité dans les propos des MG qui traduit des convictions personnelles différentes vis à vis des inégalités sociales entre hommes et femmes. Selon leurs convictions, les MG ont plus ou moins de freins à aborder le rôle du genre dans leur pratique.

a) Confusion autour du concept de genre

Certains MG utilisent le mot genre en faisant référence aux différences physiologiques, ne faisant pas la distinction entre les termes genre et sexe *« ça c'est un genre au final, c'est la prostate »*.

D'autres MG reconnaissent l'origine socio-culturelle du genre, ce qui leur permet de critiquer les stéréotypes de genre, notamment lorsque ceux-ci sont contredits par l'expérience *« on voit de plus en plus de burn-out [...] et là pour le coup, j'ai eu des hommes et des femmes [...] et je crois pas qu'il y ait de...une capacité forcément supérieure de résistance des hommes comme on pourrait le croire [...] Peut-être qu'ils en parlent moins, facilement, et c'est pour ça qu'on a l'impression qu'ils tiennent mieux le choc mais...moi j'ai vu des hommes désespérés »*.

b) Perceptions différentes des inégalités sociales liées au genre

Une partie des MG perçoit les rapports sociaux de genre qu'ils expriment sous l'angle de la domination masculine sur les femmes *« il reste quand même des idées que... de la place de la femme et de*

la place de l'homme qui sont pas les mêmes ».

Chez les femmes, les MG mettent en avant le stress lié à la charge des enfants et des tâches domestiques qui leur incombent *« de porter beaucoup plus de choses, c'est-à-dire le travail, les enfants »*. Ils remarquent *« plus de femmes victimes de violence que d'hommes »*, pas seulement sexuelles et conjugales mais aussi *« du harcèlement moral [dont] les femmes sont plus victimes »*.

Ces représentations relèvent des convictions personnelles des MG *« c'est un truc important, qui me préoccupe et qui, mais ça c'est de l'ordre de la conviction personnelle pour lequel j'étais déjà préoccupée avant d'être médecin »*. La littérature médicale a aussi permis à certains MG d'être sensibilisés aux violences contre les femmes : *« j'en avais entendu parler [...] les violences faites aux femmes. Aussi ça c'est quelque chose qui m'a pas mal interpellé [...] les violences mais qui n'étaient pas énoncées dans les consultations »*.

c) Freins à aborder le genre

Selon leur conception du genre, les MG ont été plus ou moins enclin à aborder le thème du genre dans le domaine de la santé. Certains ont peur de faire des généralités *« la médecine, c'est vraiment le cas par cas aussi. Comment tirer une généralité c'est compliqué »*, d'autres de stigmatiser *« c'est une question qui est très dure à... à poser. Parce que... parce qu'on tombe très vite dans des choses qui peuvent être stigmatisantes aussi bien d'un côté que de l'autre »*.

Lorsque les MG expriment une réticence à ce que le genre soit pris en compte, ils ou elles mettent davantage l'accent sur le vécu du patient et ses caractéristiques individuelles : *« je ne vais pas penser en terme de genre. Encore une fois c'est plus en termes d'histoire et de ... et de... et de vécu et de pathologies qu'ils ont eu »*. Les autres déterminants sociaux de santé comme l'origine sociale, l'environnement, la culture ou le statut professionnel semblent prédominer sur le sexe : *« il y a des paramètres qui sont beaucoup plus importants que le sexe. L'origine sociale, la capacité à comprendre... la curiosité par rapport à la pathologie qu'il a »*.

2.5 Discussion :

2.5.1 La perception d'une expression genrée du mal-être qui peut contribuer à renforcer les stéréotypes masculins et féminins

L'expression genrée du mal-être est davantage perçue chez les femmes par les MG interrogés. Les MG perçoivent qu'il est difficile d'explorer chez les hommes et les femmes ce qui s'éloigne des normes de genre.

Les comportements genrés des patients et représentations des médecins risquent de renforcer la tendance à interpréter les symptômes des femmes comme d'origine psychologique et à sous-estimer la souffrance psychique des hommes. Cette hypothèse avait été mise en avant dans une étude suédoise sur les stéréotypes de genre chez les étudiant.e.s en médecine (16). Ces préjugés peuvent induire un retard diagnostic d'affections organiques chez les femmes et banaliser la souffrance psychique qui s'exprime à travers les comportements à risque des hommes.

Force est de constater que les recommandations médicales viennent renforcer cette tendance. Une étude a montré que le sous-diagnostic de la dépression chez les hommes repose dans le DSM sur des critères diagnostics plus souvent retrouvés chez les femmes (9). Issue d'une enquête nationale sur les maladies mentales aux Etats-Unis, les résultats de l'étude montrent que les hommes présentent plus fréquemment des attaques de colère et d'agressivité, une prise de toxique et des comportements à risque lorsqu'ils sont déprimés. Lorsque ces critères sont pris en compte, on retrouve une prévalence similaire de la dépression entre les hommes (30,1%) et les femmes (33,3%) (9).

La sur-prescription de psychotropes chez les femmes a été documentée en France par le rapport parlementaire de Mme M. Briot en 2006 (17). Le rapport soulignait déjà qu'elle n'était pas à imputer à une plus grande vulnérabilité psychologique des femmes mais plutôt à l'effet de recrutement lié à la plus grande proximité des femmes avec le système de soins ainsi que le fait que *“la communication de son mal-être auprès du médecin semble plus accessible aux femmes, de la même manière qu'elle semble davantage attendue par les médecins”* (17).

2.5.2 La nécessité de sensibiliser les médecins au sous-diagnostic des maladies cardiovasculaires et aux biais de genre dans la décision médicale

Les discours des MG révèlent la persistance d'une représentation masculine des MCV alors qu'elles sont la première cause de mortalité chez les femmes en France en 2013 (18).

La connaissance ou l'expérience d'un retard diagnostic de l'IDM chez la femme incite certains MG être plus vigilants en consultation avec une femme. Mais cette vigilance ne doit pas se limiter à reconnaître les critères propres aux hommes, mais à connaître et rechercher les critères propres aux femmes. Cela illustre le problème d'avoir considéré le sexe masculin comme référence et transposé aux femmes les résultats des études portant principalement sur des hommes (11).

Une étude a pu démontrer qu'à symptomatologie et histoire clinique équivalentes, les médecins ont tendance à écarter plus souvent le diagnostic d'IDM chez les femmes (12). La majorité des MG de notre étude ne sont pas conscients de ces biais de genre.

Les MG interrogés aspirent à avoir davantage de connaissances sur le sujet mais souhaitent que ces connaissances soient valides sur le plan scientifique. Dans ce sens, les recommandations récentes de la

société française de cardiologie visent à sensibiliser les médecins sur l'atypie des signes cliniques de l'infarctus chez les femmes et les risques liés à la contraception et à la grossesse pour que les femmes soient mieux prises en charge sur le plan de l'IDM (13). Les représentations des patientes, qui sous-estiment leurs risques, sont abordées mais pas les biais de genre pouvant influencer les médecins dans la décision médicale (13).

Des vidéos produites par l'INSERM ont été conçues dans le but de déconstruire ces biais de genre (1). L'une d'elle met en scène une femme présentant une douleur thoracique face à un médecin qui lui propose des anxiolytiques en réponse à sa plainte (1). Il serait intéressant d'explorer quel impact les recommandations de la société française de cardiologie et ces vidéos peuvent avoir sur les représentations des médecins et déterminer ce qui correspond le mieux à leurs attentes. A l'étranger, le développement d'une discipline intégrant le genre et la santé aux connaissances médicales offrent des pistes de réflexion pour les études de médecine en France (8).

2.5.4 L'intérêt d'une approche pluridisciplinaire avec les sciences sociales

Les MG perçoivent chez les patients une représentation genrée de la santé : une vision curative chez les hommes et préventive chez les femmes (6). Les MG perçoivent les comportements genrés qui en découlent mais semblent peu conscients de l'impact que cela peut avoir en termes de morbidité et mortalité.

Selon la Commission des Déterminants Sociaux de Santé (CDSS) de l'OMS, le genre est un des principaux déterminants sociaux de la santé et influence la santé selon trois axes : les comportements genrés en santé, les prestations médicales genrées et les autres déterminants sociaux de santé intriqués au genre, auxquels s'ajoute la réaction du système de santé (19). Paradoxalement, si les MG perçoivent les disparités entre hommes et femmes selon ces trois axes et à un moindre degré leur propre influence, une grande partie des MG ne considèrent pas le genre comme un facteur à prendre en compte dans leur pratique.

Le fait d'avoir conscience des rapports sociaux de sexe permet aux MG *“d'avoir une vision systémique, et non plus individuelle, de la santé”*. Certes *“la réponse médicale est incapable de gérer les rapports sociaux structurels, mais, au moins, ce regard systémique atténue l'importance de la causalité individuelle, déplace le stéréotype au rang de construction de genre dont il convient d'avoir conscience, et permet aux soignant.e.s de porter un regard différent, voire d'intervenir sur la situation”* (20). Un des MG essaie d'intervenir en équilibrant les discours de prévention qui s'adressent plus souvent aux filles. Or, les prestations médicales remboursées tendent à renforcer cette tendance, comme l'illustre le remboursement par la CPAM d'une consultation de contraception chez les filles uniquement (21).

La publication récente d'un guide *La promotion de la santé au prisme du genre* (20), destiné aux professionnels de santé, offre des pistes intéressantes pour intégrer à la réflexion médicale des concepts issus des sciences sociales dans une approche pluri-disciplinaire et dans une perspective d'intersectionnalité (22).

2.6 Conclusion :

Les MG sont conscients des disparités en santé entre hommes et femmes qu'ils et elles perçoivent surtout à travers l'expression genrée du mal-être et les comportements genrés en santé des patients. Les représentations des MG sont conformes à la morbidité différentielle et aux représentations de la santé des hommes et des femmes, avec le risque de venir les renforcer. L'origine socio-culturelle (vs biologique) de ces disparités est largement perçue, hormis pour les différences de santé reposant sur le diagnostic de maladies comme c'est le cas pour les MCV. Le rôle des MG dans le traitement différentiel des hommes et des femmes est peu reconnu notamment parce qu'ils et elles justifient leur pratique par l'application de recommandations professionnelles. La perception des stéréotypes de genre et d'inégalités en défaveur des femmes dans la société ou le système de soins incite certains MG à critiquer leur pratique. Cette étude soulève la nécessité d'une approche pluri-disciplinaire avec les sciences sociales pour que ce sujet puisse être abordé dans toute sa complexité, qu'il ouvre à une réflexion plus large sur le genre et ne vienne pas occulter les autres déterminants sociaux de santé que le genre.

2.7 Bibliographie :

1. Inserm. Genre et santé : attention aux clichés! [Internet]. Inserm; 2017 [Consulté le 03 Mars 2019]. Disponible sur: <http://www.inserm.fr/actualites-et-evenements/actualites/genre-et-sante-attention-cliches>
2. Bajos N. Genre et santé : question éthique ou politique ? 10 heures de l'éthique [Internet]. Paris : Youtube; 2018 [Consulté le 3 Mars 2019]. Vidéo : 32min. Disponible sur : <https://www.youtube.com/watch?v=D1SYRtjyzfE>
3. Vidal C, Salle M. Femmes et santé, encore une affaire d'hommes ? Paris: Belin; 2017.
4. Mesnil M. Des inégalités de santé liées au genre en partie fondées sur des stéréotypes de genre en droit de la santé. *Les Tribunes de la santé*. 2014; 3(44): 35-4
5. Arbogast, M. La santé n'est pas étrangère au genre. *CNRS Le Journal*; 2017 [Consulté le 3 Mars 2019]. Disponible sur: <http://lejournalejournal.cnrs.fr/billets/la-sante-nest-pas-etrangere-au-genre>
6. Cousteaux A. Le masculin et le féminin au prisme de la santé et de ses inégalités sociales. Thèse de Doctorat en sociologie. Paris : Institut d'Etudes Politiques de Paris; 2008.
7. Vidard M, Bohuon F. Genre et Santé [Internet]. Paris: France Inter; 2019 [Consulté le 11 avril 2019]. Disponible sur: <https://www.franceinter.fr/emissions/la-tete-au-carre/la-tete-au-carre-20-fevrier-2019>
8. Ludwig S, Oertelt-Prigione S, Kurmeyer C, Gross M, Gruters-Kieslich A, Regitz-Zagrosek V, Peters H. A Successful Strategy to Integrate Sex and Gender Medicine into a Newly Developed Medical Curriculum. *J Womens Health*. 2015;24(12):996–1005
9. Martin L, Neighbors H, Griffith D. The Experience of Symptoms of Depression in Men vs Women, Analysis of the National Comorbidity Survey Replication. *JAMA Psychiatry*. 2013; 70(10):1100-1106
10. Regitz-Zagrosek V, Oertelt-Prigione S, Prescott E, Franconi F, Gerds E, Foryst-Ludwig A, et al. Gender in cardiovascular diseases: impact on clinical manifestations, management, and outcomes. *European Heart Journal*. 2016;37(1):24–34.
11. Adams A, Buckingham CD, Lindenmeyer A, McKinlay JB, Link C, Marceau L, et al. The influence of patient and doctor gender on diagnosing coronary heart disease. *Sociol Health Illn*. 2008;30(1):1–18.
12. Chang AM, Mumma B, Sease K, Robey J, Shofer F, Hollander J. Gender bias in cardiovascular testing persist after adjustment for presenting characteristics and cardiac risk. *Acad Emerg Med*. 2007;14:599-606
13. Fédération Française de Cardiologie. L'Observatoire du Cœur des Français : Cœur et Femme [Internet]. Paris : Fédération Française de Cardiologie; 2018 [Consulté le 9 Octobre 2019]. Disponible sur : https://www.fedecardio.org/sites/default/files/image_article/FFC-Observatoire-du-coeur-04-coeur-et-femmes.pdf
14. Guilfoyle J, Kelly L, St-Pierre-Hansen N. Préjugés en médecine: Notre rôle dans les inégalités en matière de santé. *Can Fam Physician*. 2008;54(11):1518–20
15. Jeoffrion, Christine. Santé et Représentations sociales : une étude « multi-objets » auprès de Professionnels de Santé et Non-Professionnels de Santé. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*. 2009;82(2):73-115.
16. Andersson J, Salander P, Hamberg K. Using patients' narratives to reveal gender stereotypes among medical students. *Acad Med*. 2013;88:1015–21

17. Briot M. Rapport sur le bon usage des médicaments psychotropes [Internet]. Paris : Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé;2006. Rapport n°422 2005-2006. Disponible sur : <http://www.assemblee-nationale.fr/12/pdf/rap-off/i3187.pdf>

18. DREES. Principales causes de décès et de morbidités [Internet]. Santé publique France;2017. Disponible sur : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/esp2017_5_principales_causes_de_deces_et_de_morbidite.pdf

19. Organisation Mondiale de la Santé. Genre et Santé [Internet]. OMS; 2018 [Consulté le 3 Octobre 2019]. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/gender>

20. Le Talec J-Y, Authier D, Tomolillo S. La promotion de la santé au prisme du genre guide théorique et pratique. Rennes: Presses de l'EHESP; 2019

21. Ministère des Affaires Sociales et de La Santé. Décret 2016-865 du 29 juin 2016 relatif à la participation de l'assuré pour les frais liés à la contraception des mineures d'au moins quinze ans. JORF n°0151 du 30 juin 2016.

22. Hanvisky O. Women's health, men's health, and gender and health : implications of intersectionality. *Sco Sci Med*. 2012;74(11):1712-20.

3 . ANNEXES

3. 1 Annexe 1 : Guides d'entretiens

Version 1 :

Introduction : Nous réalisons une étude qualitative sur les disparités en santé entre les hommes et les femmes dans le cadre de la médecine générale. Nous allons vous poser des questions ouvertes, l'entretien va être enregistré, les enregistrements resteront anonymes. Les différences portent sur les hommes et les femmes à âge égal et contexte social similaire.

Consignes pour l'investigatrice :

- *Le mot genre ou sexe est volontairement non employé*
- *Poser des questions sur les données sociologiques du médecin à la fin pour éviter les présupposés*
- *Saisir les pistes sur les aspects fonctionnels (autonomie/invalidité) et subjectifs de la santé, pas seulement l'aspect bio-médical.*

1^{ère} question : Pouvez-vous me parler des différences de santé qui, selon vous, existent entre hommes et femmes et comment cela se traduit/ se répercute dans votre pratique ?

Si besoin relancer avec les suggestions suivantes (donner plusieurs suggestions en même temps pour laisser le choix et que l'interlocuteur puisse en proposer d'autres) : en termes de maladies, préoccupations vis-à-vis de la santé, expression des symptômes, en termes de santé au travail, en termes de prévention...

Puis au choix selon le déroulement de l'entretien :

- Comment ces différences de santé se traduisent concrètement dans votre pratique ou exercice ?

Si besoin relancer avec les suggestions suivantes : dans le motif de consultation, la fréquence et durée de consultation, la prescription...

- Quelles difficultés ou facilités les hommes et les femmes rencontrent-ils de manière différente vis-à-vis de leur santé ?

Si besoin relancer : perte d'autonomie, consulter en urgence, gérer la douleur, observance du traitement, prise en compte de la dimension psychologique...

- Dans quelles circonstances les hommes ou les femmes réagissent différemment à ce que vous leur proposez ?

- Qu'est-ce qui pour vous influence l'état de santé des femmes et des hommes ?

- D'où viennent pour vous ces différences ?

- Quel intérêt portez-vous à ce sujet ? Quelle importance du fait que le patient soit un homme ou une femme dans votre pratique ?

- Si elle ou il pense qu'il n'existe pas de différence, relancer avec des données :

- La mortalité est plus importante chez les hommes que chez les femmes à caractéristiques égales et les femmes ont tendance à se déclarer en moins bonne santé que les hommes. Qu'en pensez-vous (1) ?
- Les maladies cardiovasculaires sont la 1ere cause de mortalité des femmes ; qu'en pensez-vous (2) ?
- 8,5% des femmes salariées n'ont jamais bénéficié d'une visite médicale contre 4% pour les hommes (2). Qu'en pensez-vous ?
- Seulement 33,5% des femmes sont prises en compte dans les essais cliniques et les recherches biomédicales (2). Qu'en pensez-vous ?

Précisions sur la sur-morbidité déclarée des femmes :

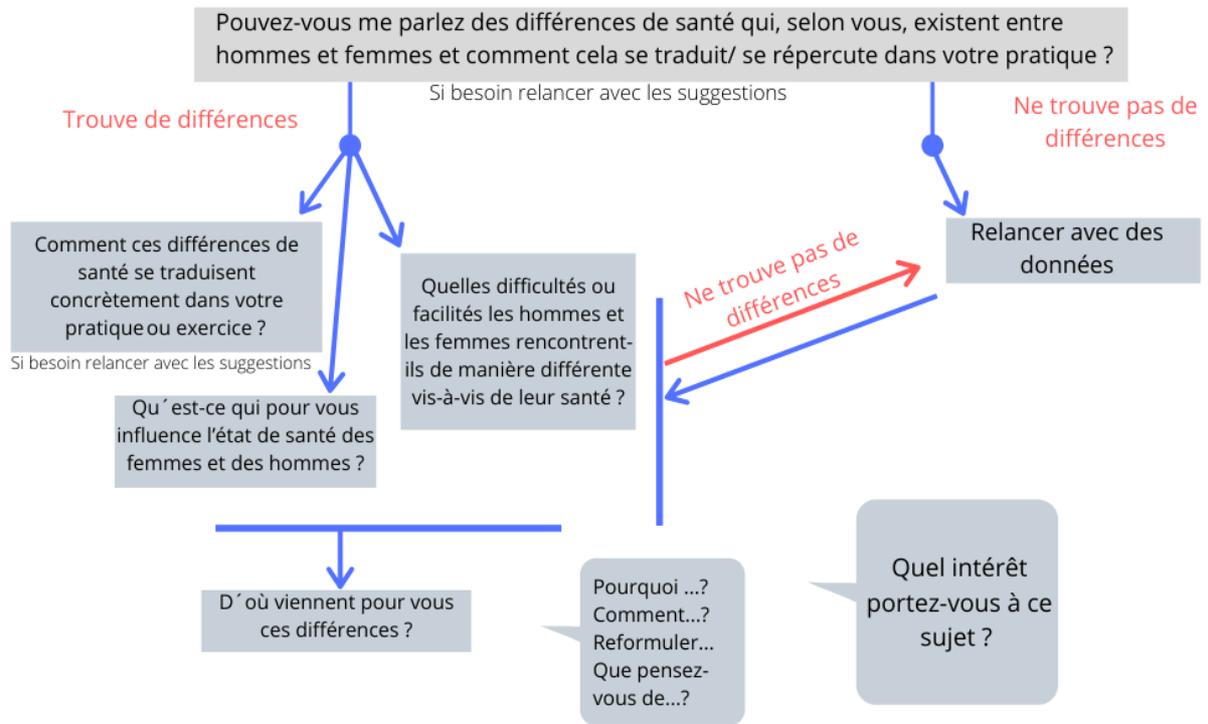
Les femmes déclarent plus de maladies : les données des questionnaires de l'enquête Santé 2002-2003 de l'Insee montre que *"près de 40 % des femmes, tous âges confondus, déclarent souffrir d'une maladie chronique en 2002-2003, contre 34 % des hommes."* (1)

Les femmes se déclarent en moins bonne santé : les données issues de la même enquête révèlent qu'à tout âge *"les femmes se montrent plus négatives dans le jugement qu'elles portent à leur santé. En effet "entre 18 et 29 ans, 13 % estiment leur santé moyenne ou mauvaise, comparée à 8 % des hommes. Chez les 75 et plus, ces proportions atteignent respectivement 65% et 59%".* (1)

Sources :

1. Cousteaux A. Le masculin et le féminin au prisme de la santé et de ses inégalités sociales. Thèse de Doctorat en sociologie. Paris : Institut d'Etudes Politiques de Paris; 2008.
2. Vidal C, Salle M. Femmes et santé, encore une affaire d'hommes ? Paris: Belin; 2017.

Version 2 : Diagramme orientant le déroulement des questions :



3.2 Annexe 2 : Exemple d'un verbatim

Entretien n°6

C : Alors dans le cadre de notre thèse, nous réalisons notre thèse sur les disparités en santé entre les hommes et les femmes. Et ma première question c'est : est-ce que tu peux me parler des différences de santé qui, selon toi, existent entre hommes et femmes et comment cela se traduit dans ta pratique ?

MG 6 : Euh tu veux me parler des différences de santé qui existent entre hommes et femmes et pour les patients ou pour les médecins ?

C : Pour les patients.

MG 6 : Pour les patients. Euh... la première différence de santé c'est la communication à mon avis qui se fait entre l'homme et la femme quand il s'adresse à un médecin homme ou à un médecin femme en fait. Et que souvent les problèmes spécifiques aux femmes, euh... sont pas soumis par les patients femmes aux médecins hommes.

Euh... pour moi c'est la plus grande différence de santé que je connaîtrais dans ma pratique. Bien que, euh..., de plus en plus... Là je suis à 11 ans de pratique. Euh... de plus en plus j'ose. M'avancer en parlant de santé, en parlant de santé sexuelle aux femmes. Euh... de plus en plus... alors qu'au début je le faisais pas du tout au début. Au début je traitais les choses. Donc ça... c'était la maladie aiguë, de passage, c'était les renouvellement du diabétique, hypertension artérielle... mais on n'allait jamais sur des terrains comme... les mammographies, les infections vulvo-vaginales euh... la reproduction euh... des choses de ce type-là. Donc ça ça me paraît être une inégalité euh...

C : Pourquoi une inégalité ?

MG 6 : Mais parce que euh... les gens ont pas forcément un accès facile au médecin. Donc ils viennent voir un médecin homme parce qu'il est près de chez eux ou que la famille le fréquente. Qu'elles ont pas forcément de gynécologue ou qu'elles ont une gynécologue qu'elle voit tous les ans ou tous les deux ans. Et que euh... pour ce genre de problèmes là et ben finalement elles vont s'en passer. Elles vont le négliger hein en fait. A mon avis, ça entraîne une négligence dans le traitement de ces problèmes. Voilà.

C : Et est-ce que tu penses que ça peut être la même chose pour euh... pour euh... du coup les hommes, pour des patients hommes avec des femmes médecins ?

MG 6 : Alors tu vois tout de suite j'ai pensé à... à la discrimination hommes-femmes et comme on dit que l'homme est dominant euh... je pense à la femme *Rires* Euh.. est-ce que ça peut être la même chose. Bien sûr ça peut être la même chose. Je crois moi que... euh... que chez l'homme. Enfin chez la santé sexuelle de l'homme. Euh... sexuelle... alors on peut rajouter à la santé sexuelle ce qui concerne la région pelvienne. Pour ce qui est des hémorroïdes, tout simplement, ou de la région anale. Euh... les hommes vont beaucoup moins... alors je sais pas, parce que moi je suis un homme donc.... A moi, ils me confient, les hommes me confient plus facilement que les femmes, à moi, euh... leur problème de euh... ouais d'hémorroïdes, de douleur anale et aussi leurs problèmes... alors ça va être plus de santé sexuelle... et aussi leurs problèmes urinaires, mais la dysfonction érectile comme on l'appelle, ça je ne sais pas si on la confie facilement à des femmes médecins. Euh... ouais, leurs problèmes urinaires aussi. Voilà.

C : Et si on regarde la santé plus globalement, en regardant des pathologies euh... la fréquence de consultations, la façon dont de passent les consultations, le rapport à la prévention, aux examens de dépistages... est-ce que en dehors de domaine de la santé sexuelle, euh..., pour toi il existe des différences?

MG 6 : Euh... alors là, euh...

C : Où plutôt qu'est-ce qu'il y a pour toi comme différences ?

MG 6 : Quelles différences pour moi y a-t-il... bon d'abord il faut dire, et ça continue, les femmes continuent à beaucoup plus s'occuper. Beaucoup plus je sais pas, il faudrait quantifier. Les femmes continuent à beaucoup s'occuper de la santé familiale on va dire, des enfants hein. Voilà. On le voit en cette période-là d'ailleurs.

C : Comment ?

MG 6 : Ben, pour les histoires de certificats médicaux pour le sport. On voit plus souvent des mères de famille s'occuper de genre de choses. Pour les histoires... Donc en en profite là-dessus, sur les vaccins, Certaines viennent pour des examens systématiques. Parce que tout le monde ne le fait pas ça. C'est les 4 ans, c'est les 5 ans de mon

enfant, je veux qu'il soit examiné euh... pesé... tout ça. Donc ça c'est des femmes qui le font. C'est jamais les hommes qui le font. Ou rarement les hommes. Et après, dans la relation... Enfin dans la relation chez les femmes, chez les hommes, euh... est-ce qu'il peut y avoir une... parce que moi c'est ce que je ressens hein. Euh *Soupir* Enfin, mis à part ces sujets qui sont un peu des stéréotypes mais qui reviennent dans la vie courante.

C : Ces stéréotypes, c'est-à-dire ?

MG 6 : Les stéréotypes, la famille, la sexualité on va dire. C'est les deux stéréotypes on va dire.

C : Est-ce qu'il y a d'autres stéréotypes qui te viennent à l'esprit ?

MG 6 : D'autres choses qui viennent comme ça ? Euh... dans la santé des femmes et la santé des hommes et leur relation qu'ils ont au médecin. Moi je trouve pas. Moi je trouve que les uns et les autres s'occupent également de leur santé. Alors il y en a qui s'en occupent bien, il y en a qui s'en occupent mal. Il y a des gens qui sont inquiets, il y a des gens qui ne sont pas inquiets. Je dirais peut-être les femmes ont une tendance à plus consulter. Et à plus revenir. Voilà, et à traiter les choses...ou à accepter de traiter les choses de manière plus régulière et quand on leur demande de revenir elles vont revenir. Quand on leur demande d'être là 3 mois. Il faut être là à 3 mois. Alors que les hommes ont une tendance. Enfin, c'est ce que je vois euh... Quand ils ont réglé le problème ils ont pas retenu euh... les recommandations qu'on leur a donné.

C : T'as des exemples qui te viennent en tête ?

MG 6 : Ouais...

C : De pathologies ou de recommandations ?

MG 6 : Ah ben ce qu'on voit souvent dans les maladies chroniques, c'est l'hypertension artérielle et le diabète. Je pense que la plupart du temps les femmes sont plus consciencieuses que les hommes pour observer les traitements, observer les recommandations, euh... l'exercice physique par exemple. Et euh... et de suivi des examens... que les hommes.

C : Et comment est-ce que tu penses que ça ça peut influencer leur état de santé ? Comment est-ce que tu le perçois ?

MG 6 : Que... en tout cas par exemple, dans ces maladies chroniques il est certain, on le sait, que quand euh... quand on observe mieux les choses on a un meilleur état de santé autant en qualité de vie euh... qu'en espérance de vie. Pour parler des personnes âgées par exemple.

C : C'est à dire que tu le perçois comment en termes d'espérance de vie ?

MG 6 : Ben je le perçois, ça c'est pas moi qui le perçois, c'est euh... C'est les statisticiens qui le disent. C'est que les femmes ont une espérance de vie plus longue et en meilleure santé. Et... ça se constate tous les jours en cabinet médical. Et pour qu'il y ait des accidents aigus, par exemple, qui sont dû... des accidents aigus cardio-vasculaires. Euh... c'est quand même très notable. Ou plus souvent ouais... que les femmes en ont, enfin vu du praticien généraliste, en ont moins que les hommes. Voilà.

C : Ok. Euh... alors sur ce fait là, le fait que la mortalité soit plus précoce, enfin que les hommes meurent plus jeunes que les femmes. Il y a un fait paradoxalement, qui a été retrouvé dans les études de sociologie plutôt, c'est que les femmes ont tendance à se déclarer en moins bonne santé que les hommes. Est-ce que c'est quelque chose qui te parle dans ta pratique ?

MG 6 : Euh... non, ça me parle pas du tout dans pratique ça. Que les femmes se déclarent en moins bonne santé que les hommes. Euh... *Soupir*. Non, elles vont... elles vont plus souvent se plaindre de leurs problèmes de santé ou des fois de problèmes qui sont, (*se reprend*) enfin qui sont pas des problèmes de santé... euh, du je suis fatiguée, je ne vais pas bien par exemple. Où il y a quelque chose qui n'est pas normal ou je dors mal ou... des choses qui sont à la limite de la santé et ... de la vie de tous les jours et dont on a du mal à déterminer euh... euh voilà. Et on va aller chercher plus loin euh... pour elles que pour les hommes. Les hommes vont plus vite abandonner. Par exemple. Mais je perçois pas et je les entends pas me dire qu'elles sont en mauvaise santé et... le reste.

C : Donc finalement derrière cette plainte, elles se sentent pas forcément en moins bonne santé c'est ça que tu veux dire ?

MG 6 : Derrière cette plainte, elle se sent pas en mauvaise santé ? Non, parce qu'elle parle pas d'être en mauvaise santé. Elle parle d'avoir une douleur, elle parle d'avoir une fatigue. Elle parle d'avoir... je sais pas un mauvais sommeil, une mauvaise relation avec leurs proches. Mais, euh... elles disent pas je suis en mauvaise santé. Voilà.

C : Hmm. A quoi est-ce que tu penses, d'où viennent pour toi ces différences ? Ou comment elles sont.... Qu'est ce qui

les explique ?

MG 6 : Qu'est-ce qui les explique ? Euh... *Soupir* Ben d'abord euh... alors plus souvent j'ai l'impression que les femmes sont euh..., déjà un investissement... à l'inverse... alors j'ai parlé de trucs... ça c'est de la sociologie sauvage ! ... mais à mon avis dans leur corps elles sont moins investies dans la société les femmes. Du point de vue de... de la force qu'elles peuvent développer en fait. Voilà. Autant dans les activités quotidiennes, d'un homme au travail ou d'un homme à la retraite qui a en charge les problèmes techniques de la maison ou qui fait son jardin par exemple euh... et dans le sport. Et ces choses-là à mon avis euh... euh... fait que les hommes perçoivent...fait que les hommes se perçoivent plus facilement euh.. comment on pourrait dire? Elles ont la plainte plus facile alors que l'homme lui il a pas une plainte facile. Un homme, alors c'est, c'est curieux ce que je vais dire et c'est vachement bateau et bof, mais un homme quand il a mal il le dit pas forcément. Il a mal et puis ça va passer. Et il va être un peu plus rustre et un peu plus tardif et un peu plus négligeant. Euh... dans son rapport au corps. Ça peut aussi se concevoir comme de la négligence.

C : Et cette différence dans le rapport au corps tu la vois à quel âge ? A quel moment, tu penses qu'elle vient d'où cette différence ?

MG 6 : Euh... moi je trouve qu'elle est assez précoce même si on a l'impression que maintenant beaucoup de gens sont engagés dans un exercice physique alors... plus ou moins important hein. Dans le sport, le sport amateur, la course à pied, le trail, le vélo euh... ou des sports de balles, ça c'est à mon avis jusqu'à l'âge de 50 ans par là ça fonctionne bien chez les hommes et chez les femmes. Mais euh...après par exemple l'homme il va pratiquer, il va... il va... ah ouais alors ça je sais pas si je réponds à ta question mais euh...euh...à mon avis après il y a une différence ouais.

C : Donc plutôt après 50 ans ?

MG 6 : Ouais

C : Donc ces plaintes douloureuses et de fatigue pour toi elles arrivent plutôt chez les femmes de 50 ans, c'est ça que je comprends...

MG 6 : 50, 60, 70 ans. Mais euh... euh... ouais, l'homme il va moins se plaindre, il va faire les choses. Des fois il arrive plus à les faire donc il change et il réaménage sa pratique. La femme elle va plus souvent trouver ça pas normal et va demander au médecin euh... euh... enfin pourquoi, comment ? Est-ce qu'il y a une pathologie derrière ? Est-ce qu'il faut chercher ? Euh... voilà. Alors elle va aussi au fur et à mesure aménager les choses. Elle va plus les aménager en prenant en compte ben de l'avis médical ou peut-être de l'avis de personnes autour d'elles.

C : Par aménager sa pratique tu veux dire quoi ?

MG 6 : Ben passer d'un sport difficile par exemple à des activités physiques euh... on va dire moins difficiles ou qui vont plus vers de l'entretien physique et des rapports sociaux.

C : Et chez les femmes aménager sa pratique ça va correspondre à quoi ?

MG 6 : Ben euh... de ce point de vue-là, elles vont plus aller vers ce qu'on leur propose comme le yoga, enfin ce qu'on leur propose ouais. Parce que y a un choix, y a quand même *rires* euh... ces choses-là ! euh... le yoga, le pilate, la gymnastique d'entretien ou là on va retrouver beaucoup de femmes et peu d'hommes. Ça c'est une réalité. La marche à pieds aussi. Simple, voilà. Et sans recherche de performances je dirais. Alors que l'homme est toujours beaucoup plus en recherche de performances.

C : Et sur le retentissement sur les activités de la vie quotidienne ? Est-ce que là-dessus tu notes une différence?

MG 6 : Sur les activités de la vie quotidienne ?

C : Si on parle de perte d'autonomie, de besoin d'aide à domicile, de...

MG 6 : Alors ça c'est des choses qui vont se déclencher bien plus...assez tard quand même. Avant 70 ans c'est rare. Euh... avant 80 ans, c'est peu fréquent on va dire. Sauf des maladies importantes qui entraînent des handicaps. Voilà. Donc, quelques maladies cardio-vasculaires, quelques maladies neuro-dégénératives euh... La plupart du temps ça peut être des accidents mais c'est quand même beaucoup plus rare. Voilà. Donc euh... ce qui est de la perte d'autonomie. Alors l'histoire c'est que les hommes sont plus... éventuellement plus souvent accompagnés, en couple. Euh... dans leur foyer, que les femmes. Et on voit beaucoup plus de femmes seules. Alors parce que, je dis parce que, c'est *rires* parce que euh... parce que les femmes vivent plus longtemps que les hommes. Donc, euh... ça déjà, donc on retrouve beaucoup plus de femmes seules à la maison et donc les hommes eux sont beaucoup plus souvent accompagnés par les femmes dans leur perte d'autonomie. Ça c'est très très net. Et après est-ce qu'il y a d'autres raisons ? Est-ce que les hommes séparés refont des foyers plus souvent que les femmes alors que les femmes elles ne le font pas ? J'en sais rien. C'est possible. Euh... voilà. Et que... Donc dans la perte d'autonomie le tiers aidant le plus

souvent c'est la... c'est sa compagne. Ou sa femme.

C : Et pour les femmes ce sera ?

MG 6 : Euh ben pour les femmes ce sera, les tiers aidants ce sera euh... des fois les enfants mais les enfants vont être des tiers aidants dans cette société moderne, c'est des tiers aidants qui sont pas à domicile donc c'est des tiers aidants qui vont être aidants sur les démarches administratives, les décisions à prendre. Les décisions notamment de vie hein. Je reste à domicile, j'aménage mon domicile ? Je demande de l'aide et à ce moment-là. Ceux qui vont venir ben c'est des...c'est des auxiliaires de vie, c'est des femmes de ménage, des auxiliaires de vie, des aides-soignants, des ADMR, des infirmières à domicile, médecin à domicile, des choses comme ça.

C : ça beaucoup plus chez les femmes finalement que, seules, que chez les...

MG 6 : Si je regarde les visites que je fais à domicile euh... j'ai dans cette population-là, j'ai 9 femmes pour 1 homme ouais. Facilement.

C : Et les femmes qui sont encore en couple avec des hommes, elles font appel aussi à des aides à domicile ou elles se font aider en général par leur... ?

MG 6 : Alors elles se font très difficilement aider et elles euh... et il faut vraiment les...alors ça c'est le travail, le travail des enfants, le travail des médecins, des fois le travail des voisins ou de... d'autres personnes. Il faut vraiment euh...parce que euh...ça c'est encore un stéréotype mais c'est des femmes d'intérieur hein. En tout cas cette génération hein parce que là on est dans une génération. Donc beaucoup de femmes ont travaillé mais malgré tout il y en a beaucoup qui se sont arrêtés pour élever des enfants. Il y en a beaucoup qui étaient pas du tout à salaire égal avec leurs hommes. Ou l'homme était un homme d'extérieur, de travail, de sport. Et où la femme était une femme d'intérieur. Donc les femmes vont aller très très loin même dans leur handicap. Pour entretenir leur intérieur et ... et être autonomes toutes seules. Même pour se déplacer, aller faire des courses et tout le reste. Elles vont très mal accepter l'aide qu'on leur propose. Euh... voilà, ouais, c'est, c'est vrai qu'elles sont. Alors certains diraient qu'elles sont admirables. Moi je pense que les résistances sont ailleurs. *Rires*.

C : c'est-à-dire ?

MG 6 : Ben elles sont ailleurs, les résistances sont dans la symbolique. Tout simplement, même si elles sont toutes seules à domicile, elles ont des... la plupart du temps des habitudes. Euh... et puis une image à conserver, à préserver. Et... une image de leur féminité euh... ben c'est, c'est tenir la maison, c'est se faire à manger euh... c'est se tenir propres elles-mêmes et coquettes si on peut dire donc c'est une image symbolique construite par la société. Voilà. Elles vont pas... Un homme qui lâche, enfin qui lâche, qui a plus les moyens de faire les choses... il va plus facilement euh... moins faire le ménage. Manger ce qu'il a envie de manger. Pas forcément aux bonnes heures... Se présenter d'un point de vue vestimentaire pas forcément bien. Euh... Voilà cette chose-là est tenue quand même comme moins symbolique. Euh... voilà. Lui sa représentation dans la société euh... c'est autre chose.

C : Ce serait quoi ?

MG 6 : Et...et c'est quoi. C'est quoi justement, c'est quoi ? Alors c'est plus ses rapports sociaux extérieurs en fait. La plupart du temps. Des fois on est... enfin je suis surpris dans les visites à domicile, donc euh... euh... de.. de trouver des fois des domiciles qui peuvent être dégradés ou très très peu investis en fait. Ah s'ils sont pas dégradés ils sont très peu investis, c'est à dire que... ça va être bien rangé mais on voit que euh... la personne utilise peu de choses dans sa maison pour fonctionner. Euh... voilà. Après tout, il y a pas besoin de grand-chose hein. Et... par contre il va y avoir des rapports sociaux extérieurs qui sont importants. Dans des associations euh... de sport ou de formes d'autres choses. C'est les foyers, c'est la pétanque, c'est euh... les jardins partagés. C'est...euh...des fois la politique, des choses comme ça.

C : Et, alors on parle de la tranche vraiment plus âgée. Chez les plus jeunes, au niveau des incapacités liées au travail, est-ce qu'il existe pour toi des différences ?

MG 6 : Alors les incapacités liées au travail chez les plus jeunes déjà moi il y a...alors, euh la différence qui saute aux yeux est pas une différence hommes / femmes. C'est la différence euh... milieux sociaux.

C : Donc là on parle à milieu social similaire et même classe d'âge.

MG 6 : Alors là euh... parce que... la lutte des classes ça existe hein... enfin bon. Ça c'est *pires*, ça c'est un point de vue aussi. Euh... différences âges égal - milieu social égale sur des handicaps sociaux ? Enfin des handicaps plutôt entraînés euh... médical ? *Soupir*

C : Je vais juste de donner une donnée que j'ai : on sait que seulement 8,5 % des femmes salariées n'ont jamais

bénéficié d'une visite médicale contre 4% pour les hommes.

MG 6 : D'une visite médicale du travail ? Ouais, parce que de toutes façons. Enfin je dis parce que... comme ça. Euh... parce qu'elles ont un travail plus flexible, plus mobile et plus précaire et que dans ces... dans ce travail...et, et moins pénible physiquement donc euh... la médecine du travail intervient moins pour toutes ces...euh... pour toutes ces choses-là on va dire.

C : Humm Ok, et est-ce que tu penses que cela a une influence ou comment est-ce que tu penses que ça ça peut influencer leur santé ?

MG 6 : Euh...

C : Euh... le travail et à la fois le suivi médical via le travail ?

MG 6 : Et bien euh... là-dessus, euh... là-dessus je suis pas sûre que ça puisse... parce que comme je te disais tout à l'heure. Je pense que dans la sphère de la santé, familiale, de l'intimité, les femmes ont beaucoup plus recours à la santé que les hommes. Voilà. Donc euh... ça veut pas dire que c'est un avantage ou un désavantage mais je suis pas sûre que le fait qu'il y ait moins de visites de médecine du travail chez les femmes puisse influencer sur leur santé. Voilà.

C : Et sur comment le travail peut influencer leur santé ?

MG 6 : Euh... sur le travail euh je dirais très clairement, parce que j'ai beau dire que le travail est moins pénible physiquement, euh... en tout cas dans la reconnaissance institutionnelle là-dessus. Parce que si on pense que les femmes sont beaucoup plus présentes dans le service à la personne par exemple, dans les ménages, là on peut considérer que c'est du travail pénible. Et que c'est pas du travail qui est considéré comme du travail pénible. Voilà. Dans le... dans la santé aussi, ce qui est aide-soignante et infirmière. Euh... à l'hôpital, travail de nuit euh... là on va y trouver une majorité de femmes. Elles y sont et elles y travaillent. Donc et elles sont que tous ces travaux pénibles.

C : Mais moins reconnus ? C'est ça que je comprends...

MG 6 : Alors le travail de nuit est assez bien reconnu quand même. Pour ce qui est de, des hôpitaux. Éventuellement des EHPADs. Euh... oui, mais ce qui est dans le service à la personne, beaucoup moins reconnu hein.

C : D'accord, donc ça tient plus aux types d'emplois ?

MG 6 : Ça tient plus aux types d'emplois que le fait d'être un homme ou une femme parce que dans ces travaux là que l'on soit un homme ou une femme, euh... d'abord euh... enfin je sais pas dans les chiffres que tu m'as donné... Non je peux pas les discuter ! *rires*

Euh je me disais dans les chiffres que tu m'as donnés euh... il faudrait comparer dans le même travail. Ils ont dû le faire.

C : Ok, pour toi c'est plus une question d'emploi que de ...

MG 6 : C'est plus une question d'emploi que d'être un homme ou une femme, que d'avoir des visites de médecine du travail. En fait. Voilà. En gros.

C : Pour revenir à tout ce qui était plutôt pathologies ostéo-articulaires on a parlé tout à l'heure des douleurs. On sait aujourd'hui et là je n'ai pas les chiffres, on sait que l'ostéoporose est sous-diagnostiquée chez les hommes. Est-ce que c'est quelque chose qui te parle ? Qu'est-ce que tu en penses ?

MG 6 : Je pense que c'est très vrai.

C : Et pourquoi ?

MG 6 : Je pense que ça c'est du... Ben ça tient à quoi ? Ça tient à deux choses, professionnelles et publiques, pour l'ostéoporose c'est valable mais c'est valable pour d'autres pathologies euh...

C : Par exemple ?

MG 6 : Euh ben on en a parlé et il y a eu des alertes de faites qui ont été entendues ou pas par le public et par les médecins, ben sur les maladies cardio-vasculaires chez les femmes et notamment les infarctus chez les femmes. Voilà. Donc il y a des maladies comme ça qui sont reconnues comme étant ou des maladies masculines ou des maladies féminines. Je pense que euh... ben euh... c'est quelque chose que pour nous professionnels on nous a enseigné. Voilà. Ou en tout cas si on nous l'a pas enseigné euh... on nous l'a montré, on nous l'a montré dans nos stages, on nous l'a montré éventuellement même dans nos cours. Donc on s'est fait une représentation de la personne qui fait un infarctus, c'est homme fumeur de 50 ans, en gros, voilà. Et euh...de la personne qui fait une ostéoporose c'est une

femme euh... entre 50 et 60 ans. Et effectivement c'est sous-diagnostiqué et sous-traité même, chez les hommes. Et moi je me surprends même de temps en temps, enfin j'ai un..., à moins proposer de traitements de l'ostéoporose, qui sont pas forcément faciles à proposer... bon...

C : Pourquoi ?

MG 6 : A cause des médicaments dont on se demande si euh... on en tire du bénéfice ou pas. Et il y a toujours une différence entre la prescription du généraliste et la prescription du rhumatologue là-dessus. Voilà, par exemple. Euh... et donc à moins proposer à un homme un traitement spécifique à une ostéoporose fracturaire importante. Qu'à des femmes chez qui je le... je le déclenche de manière plus facile et plus rapide. Voilà.

C : Quel intérêt est-ce que tu portes à cette question du genre et de la santé et à peut-être le fait que ce ne soit pas enseigné à la faculté ? Tu as l'air d'en avoir entendu parler par d'autres biais, voilà qu'est-ce que tu... à quel point est-ce que tu penses que c'est important cette question ? Pour les médecins.

MG 6 : On en entend parler tout le temps.

C : Comment, où ?

MG 6 : Et bien euh... alors au cours de ma vie comment en ai-je entendu parler par exemple, je peux... ? *rires* Le premier truc qui m'a marqué c'est peut-être l'histoire du planning familial par exemple. Et de la la lutte des femmes aux 20^{ème} siècle. C'est mes parents. Ma mère ET mon père. Euh... donc voilà qui étaient dans un milieu chrétien de gauche et avec des personnes qui travaillaient par exemple au planning familial. Et donc la différence hommes/femmes ça j'en ai entendu parler. Et même à ce moment-là on parlait de santé sexuelle et de... ben à propos de l'avortement, à propos de la contraception euh... à propose de la liberté des femmes et des hommes mais plus des femmes à avoir les rapports sexuels qu'elles ont envie d'avoir par exemple. Euh... Ça je l'ai appris très tôt en fait, enfin très tôt... à l'adolescence on va dire. Avant peut-être, je ne m'en souviens pas. Donc ça déjà j'en avais une certaine conscience. Après, après plus tard ben plus tard j'ai fait, pendant mes études de médecine par énormément parce que pendant les études de médecin bon en gros euh... en gros on travaille, on a ses examens et... et... c'est vrai que là j'ai un peu, j'ai un peu zappé les choses. voilà. Je m'en suis pas beaucoup occupée. Et après mes études de médecine, en gros, ben j'ai fait de l'humanitaire et en humanitaire on met souvent euh... ça fait toujours partie des items d'une mission humanitaire. C'est la santé des femmes dans une communauté. Voilà j'ai travaillé en humanitaire au [donnée supprimée pour une question d'anonymat], j'ai travaillé en humanitaire en [donnée supprimée pour une question d'anonymat], on a beau penser que la santé des femmes, ou les femmes, passent en second dans un pays musulman comme en [donnée supprimée pour une question d'anonymat], euh... c'est différent en [donnée supprimée pour une question d'anonymat] mais il y a toujours... *Interruption...* Donc dans l'humanitaire, ça de toutes façons on l'aborde.

C : Donc plutôt la santé sexuelle ?

MG 6 : Euh la santé sexuelle, l'accès des femmes aux soins. Au [donnée supprimée pour une question d'anonymat] et tous ces pays-là, ça peut être le déplacement vers un centre de santé. Parce qu'elles ont du travail à la maison, parce qu'elles ont des enfants. Enfin, le travail, ce n'est guère que trouver à manger, faire à manger, des choses, des besoins de base mais qui peuvent prendre énormément de temps. Et qui leur permet pas forcément de se soigner. Et des fois, des fois les décisions aussi sont prises par les hommes hein. En [donnée supprimée pour une question d'anonymat] on peut choisir de laisser mourir une femme des complications de la grossesse. A partir du moment où elle a mis un enfant au monde euh... c'est moins important et on n'est pas prêt à payer pour prendre un taxi et se déplacer. euh... vers un médecin qui fera éventuellement payer. Et il y a des décisions et des priorités qui peuvent euh... être importantes de côté-là. Voilà. Donc euh...

C : Tu me dis que pendant tes études c'est quelque chose auquel tu as peu réfléchi. Sur le fait d'intégrer aux études de médecine une réflexion sur le genre et la santé. Est-ce que c'est quelque chose qui ... qui te paraît important, te paraît utile ?

MG 6 : Alors ça peut être utile mais ça dépend...abordé comment et enfin...c'est beaucoup... enfin en y réfléchissant très rapidement comme ça. *Air suspect*

C : Qu'est ce qui te ferait peur ?

MG 6 : Qu'est ce qui me ferait peur... Que ce soit abordé euh... bon d'abord. Que ce soit abordé simplement sur 6 heures, par exemple. De cours. Et qu'ensuite ce soit mis de côté. Alors il faudrait que ce soit abordé de telle manière à ce que ce soit remis en pratique ou remis en... euh... en question euh... à certaines étapes pour que... euh... pour que ça puisse exister. Parce que le faire une fois et l'oublier euh... ça marquera certaines personnes qui en tiendront compte et c'est peut-être bien de toucher un peu plus de gens. Et puis après ça dépend un peu ce qu'on aborde. voilà.

Parce qu'il faut pas que ça paraisse être à mon avis euh... ni que ce soit très scientifique ni que ce soit trop abordé de manière... comment on pourrait dire ça. Médiatico-sociologique ou quoi dans le style ces pauvres femmes on les laisse de côté ou... je sais pas quoi, mais que ce soit abordé comme un vrai sujet, euh... pour dire attention les choses ne sont pas faites de la même manière. Alors c'est pas pour dire qu'il faut les faire de la même manière, d'ailleurs. Mais en tout cas que... que à la fin on puisse atteindre une équité. Une égalité je sais pas mais. Dans le... ben dans l'accès des, dans l'accès des soins pas les femmes. Et ensuite dans les propositions de traitement. Ou d'accompagnement et de prise en charge.

3.3 Annexe 3 : Caractéristiques des médecins généralistes

| | Réalisé par | Sexe | Age (ans) | Date | Durée (min) | Milieux | Type de cabinet |
|----|-------------|------|-----------|----------|-------------|------------|--|
| 1 | I 1 | F | 35 | 03/09/19 | 43 | Urbain | Centre de santé salariée, associée avec un H. |
| 2 | I 2 | H | 35 | 04/09/19 | 39 | Semi-rural | Groupe (2H) |
| 3 | I 1 | H | 36 | 06/09/19 | 31 | Urbain | Groupe (H et F) |
| 4 | I 2 | H | 61 | 09/09/19 | 34 | Semi-rural | Groupe (1H+1F+ 2 internes+ orthophoniste + IDE Azalée) |
| 5 | I 1 | F | 62 | 11/09/19 | 46 | Urbain | Seul |
| 6 | I 1 | H | 52 | 12/09/19 | 52 | Urbain | Maison de santé pluri-disciplinaire |
| 7 | I 2 | H | 48 | 13/09/19 | 30 | Semi-rural | Groupe (2H + 2F + 1 interne + 1 IDE Azalée) |
| 8 | I 2 | F | 46 | 14/09/19 | 30 | Semi-Rural | Groupe (2H + 2F + 1 interne + 1 IDE Azalée) |
| 9 | I 1 | H | 57 | 25/09/19 | 10 | Urbain | Centre de santé salarié, associé avec une F |
| 10 | I 1 | F | 63 | 30/09/19 | 12 | Rural | Groupe (3F + 1 interne) |
| 11 | I 2 | F | 48 | 03/10/19 | 19 | Semi-rural | Groupe (2H + 2F + 1 interne + 1 IDE Azalée) |
| 12 | I 2 | F | 33 | 04/10/19 | 23 | Rural | Groupe (1 H + 2 F+ 1 interne) |

I : Investigatrice ; H : Homme (s) ; F : Femme (s) ; IDE : Infirmière Diplômée d'Etat

3.4 Annexe 4 : Codage ouvert

Le codage ouvert consiste à découper les verbatims issus des entretiens et à apposer des étiquettes aux matériaux extraits. Les étiquettes visent à qualifier l'expérience vécue de la personne interrogée. L'objectif était d'éviter "*l'indexation thématique*" qui se limite à relever les thèmes abordés. Le codage ouvert permet un début de conceptualisation. Les étiquettes servent ensuite à établir des catégories (une étiquette peut correspondre à plusieurs catégories).

Source : Lejeune C. Manuel d'analyse qualitative. Analyser sans compter ni classer. Louvain-la-Neuve: De Boeck; 2014.

Conscience des disparités en santé
Absence de conscience des disparités en santé
Incertitude vis-à-vis du rôle du genre
La prise de conscience influence la pratique
Préoccupations de prévention chez les femmes
Attentes curatives chez les hommes
Expression des symptômes différentes
Communication différente
Rapport au corps différent
Vécu de la douleur différente
Symptômes non reliés à un diagnostic chez les femmes
Incertitude du diagnostic
Plus grande proximité des femmes avec le système de santé
Différence dans la fréquence des consultations
Les femmes prennent soin des autres
Les femmes s'occupent de la santé familiale
Rattache les symptômes au psycho-social chez les femmes
Les femmes cherchent une réponse à leurs symptômes
Habitudes de vie genrées
L'origine des différences est socio-culturelle
Origine physiologique des différences
Le rôle social influence le rapport à la santé
Les femmes parlent plus du contexte psycho-social
Difficultés liées aux normes de genre
Apprentissage stéréotypé des maladies
Influence du genre du médecin
Influence du parcours médical du patient
Conscience liée aux convictions personnelles
Conscientisation aux disparités de genre par la formation
Influence de l'éducation genrée
Domination masculine envers les femmes
Remise en question liée à la pratique

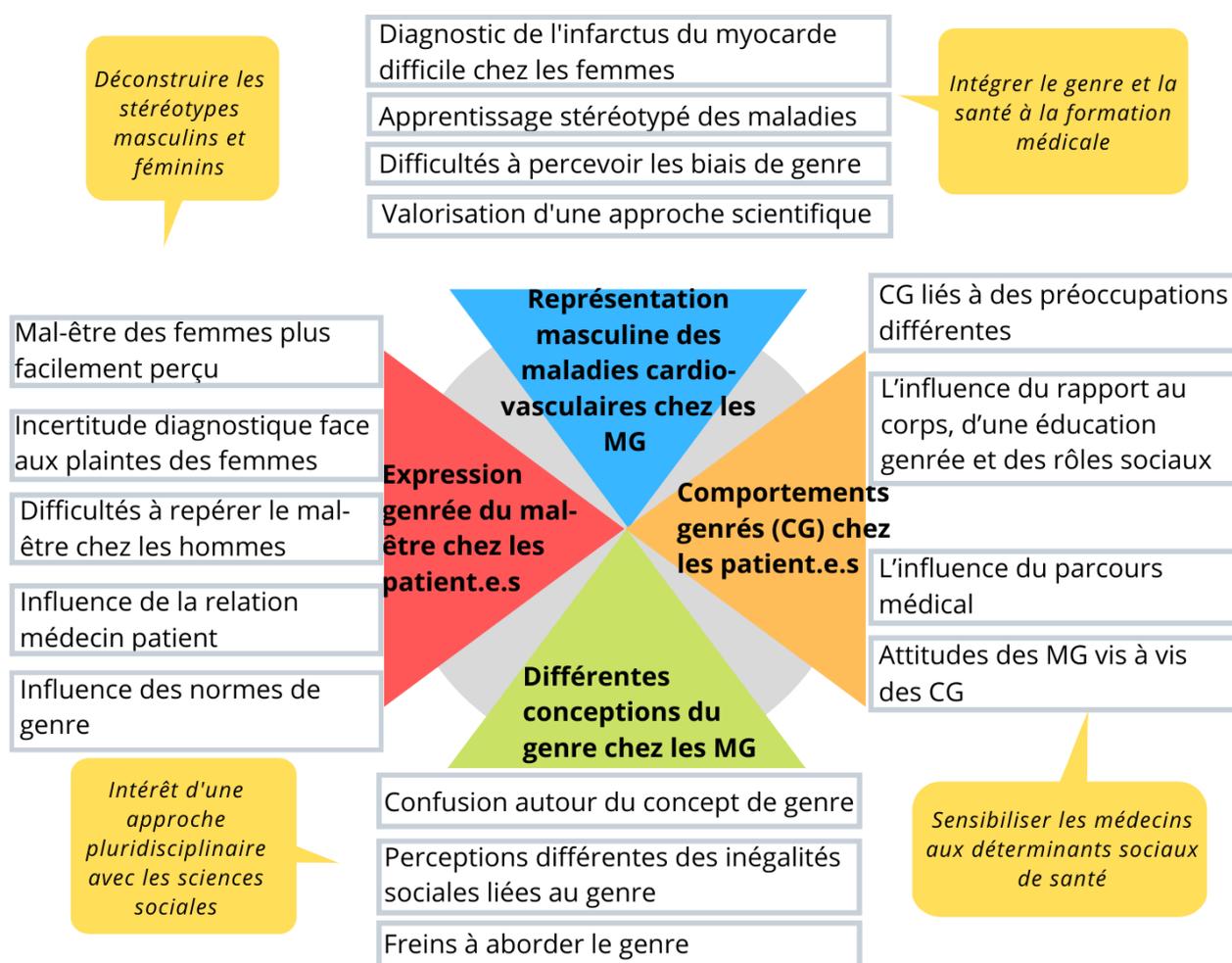
Insuffisance des critères diagnostiques selon le genre
Représentations des maladies chez les patients
Représentations masculines des maladies cardio-vasculaires
Différence de prévalence perçue selon le sexe
Ne fait pas de traitement différentiel
Reconnait un traitement différentiel
Peur d'être subjectif
Peur de généraliser
Vécu et caractéristiques du patient mis en avant
Autres déterminants sociaux de santé mis en avant
Valorise une approche scientifique
Valorise une approche bio-médicale
Nécessité d'écouter la plainte du patient
Compétence en communication du MG
Influence de la relation médecin-patient

3.5 Annexe 5 : Le Codage sélectif

Codage sélectif : articulation des résultats et mise en relation avec les parties correspondantes de la discussion

Les résultats ou "étiquettes" issus du codage ouvert ont été sélectionnées, regroupées en catégories pour certaines et articulés entre elles en fonction de leur signification. Les bulles jaunes ne font pas partie des résultats mais correspondent à la mise en relation des résultats avec les éléments théoriques jugés pertinents dans la partie discussion de cette étude. Ces bulles sont des pistes de réflexion à approfondir.

Source : Lejeune C. Manuel d'analyse qualitative. Analyser sans compter ni classer. Louvain-la-Neuve: De Boeck; 2014.



3.6 Annexe 6 - Résultats et parties de la discussion non inclus dans l'article

La ligne éditoriale de la revue Médecine limite la taille de l'article à 30 000 caractères, il a été nécessaire de modifier la version initiale en vue d'une soumission pour publication. Les résultats ci-dessus et certaines parties de la discussion ont été jugés moins pertinents :

Résultats :

Les symptômes des femmes plus souvent rattachés à un mal-être :

Lorsque le médecin souligne la nécessité dans sa pratique de se concentrer avant tout sur une approche bio-médicale, cette expression genrée du mal-être au travers de plaintes somatiques n'apparaît pas dans ses représentations « *Vous avez le temps vous d'observer la sociologie ? Moi j'ai un patient ou une patiente, un problème médical, le téléphone qui sonne.* »

Incertitude du diagnostic face aux plaintes des femmes :

Le risque de méconnaître une affection organique est sous-entendu par certains MG qui n'écartent pas une origine physiologique à ces plaintes : « *pour moi ce sont des pathologies [la fibromyalgie], il y a les hormones qui sont pas les mêmes* », « *elles sont soucieuses, mais elles ont des choses. J'ai des femmes qui sont limitées maladies auto-immunes* ».

Influence de la relation médecin-patient :

Ces différences de relation avec les hommes et les femmes sont plus ou moins perçues comme un frein en fonction des compétences en communication du MG : soit les MG mettent en avant leur capacité à écouter « *j'ai l'habitude d'écouter un peu plus les gens peut être. Et du coup, ils vont parler plus spontanément que ce soient les hommes ou les femmes* », soit les MG critiquent leur formation : « *on a eu trop peu d'ailleurs de cours de la fac sur ça, sur la relation médecin patient* ».

Des comportements en santé genrés liés à des préoccupations différentes :

Les demandes d'examen sont motivées par une inquiétude vis-à-vis d'un diagnostic médical chez les femmes jeunes « *elles sont assez anxieuses sur les bilans de fer* » et par une recherche de performance chez les hommes jeunes « *ils veulent beaucoup d'examen complémentaires tout de suite, tout le temps. Ils sont vachement branchés [...] sur les nouveaux examens, les technologies nouvelles. Surtout sur les sportifs et ceux qui veulent des examens à visée musculosquelettique* ».

L'influence du rapport au corps, d'une éducation genrée et des rôles sociaux :

Dans le rapport aux aides à domicile dans la population âgée, hommes et femmes vivent avec difficulté la perte d'autonomie mais l'acceptation des aides sera différente : « *l'homme préfère que ce soit son épouse qui lui fasse la toilette que de faire intervenir du personnel* » alors que les femmes « *se font très difficilement aider [...] c'est des femmes d'intérieur [...] les femmes vont aller très très loin même dans leur handicap. Pour entretenir leur intérieur et ... et être autonomes toutes seules* ». Les femmes restent dans un rôle d'aidant même à un âge avancé.

L'influence du parcours médical au sein du système de soins :

Sur le plan professionnel, chez les femmes, le travail est reconnu comme « *moins pénible physiquement [...] en tout cas dans la reconnaissance institutionnelle [...] [bien qu'elles soient] beaucoup plus présentes dans le service à la personne [...] là on peut considérer que c'est du travail pénible.* ». Les MG notent que « *la femme elle va plus venir chez le médecin généraliste pour voir s'il y a quelque-chose que d'aller voir le médecin du travail* » du fait d'une plus grande proximité avec leur MG mais aussi du fait d'un travail « *plus*

flexible, plus mobile et plus précaire [...] la médecine du travail intervient moins pour toutes [...] ces choses-là ».

Perception des inégalités liées au genre selon les convictions personnelles des MG :

Vis-à-vis de la façon dont les mesures de prévention sont davantage “martelées” auprès des femmes, certains MG aspirent à instaurer plus d'égalité : « *que le discours soit nettement moins genré, qu'on ait un peu le même discours avec les deux quoi. Juste de responsabiliser, d'informer en fait* ». D'autres considèrent plutôt une plus grande équité « *c'est pas pour dire qu'il faut les faire de la même manière, d'ailleurs. Mais en tout cas que... que à la fin on puisse atteindre une équité. Une égalité je sais pas* ».

Freins à aborder le genre :

Si la plupart des MG sont réceptifs à en savoir davantage sur le sujet, ils et elles restent critiques vis-à-vis de la façon dont cela pourrait être abordé « *il faut pas que ça paraisse être à mon avis euh... ni que ce soit très scientifique ni que ce soit trop abordé de manière... comment on pourrait dire ça... médiatico-sociologique ou quoi dans le style [...] mais que ce soit abordé comme un vrai sujet* ».

Discussion :

L'intérêt d'une approche pluri-disciplinaire avec les sciences sociales :

- **Les déterminants sociaux de santé dans une perspective d'intersectionnalité :**

Le fait que les MG valorisent le vécu des patients et les autres déterminants sociaux de santé que le genre peut se comprendre comme leur absence de conscience sur le rôle que joue le genre en termes de santé. Mais cela peut aussi être interprété comme leur conscience que l'on ne peut réduire l'expérience humaine à un seul facteur. Ainsi, appréhender les facteurs de domination et de discrimination sous l'angle de l'intersectionnalité permet-il de ne pas réduire l'expérience humaine à de simples caractéristiques ou à l'addition de facteurs socio-culturels mais au contraire à “*étudier comment les positions sociales et les forces structurelles interagissent pour moduler et influencer l'expérience humaine*”(1). Le développement de connaissances sur le genre et la santé dans cette perspective pourrait permettre de ne pas réduire la question du genre et de la santé au médecin et sa patiente, car les dominations et discriminations sont plurielles et le genre ne doit pas occulter d'autres facteurs parfois plus influents sur la santé.

- **L'intérêt de clarifier le concept de genre :**

La conscience des rapports sociaux de genre permet aux MG une vision plus systémique et éventuellement d'intervenir. Pour plusieurs des MG, la sensibilisation aux violences contre les femmes leur a permis d'être plus en alerte vis à vis de ces plaintes multiples chez les femmes et éviter de les interpréter comme les signes d'une plus grande vulnérabilité individuelle aux troubles psychologiques. Certains MG aimeraient intervenir en équilibrant les pratiques et déplorent que le vaccin contre le papilloma virus soit remboursé chez les filles uniquement (2).

L'intérêt de s'éloigner d'une conception binaire du genre est d'explorer d'autres disparités en santé liées au genre. Ainsi, les femmes homosexuelles ont-elles moins recours aux examens de dépistage tels que le frottis-cervico-vaginal car patientes et médecins ont tendance à l'associer au suivi lié à la contraception (3).

Sources :

1. Hanvisky O. Women's health, men's health, and gender and health : implications of intersectionality. *Soc Sci Med.* 2012;74(11):1712-20.

2. Ministère des Solidarités et de la santé. Calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales 2019 [Internet]. Paris : Ministère des Solidarités et de la santé. Paris; 2019 [Consulté le 20 octobre 2019].

Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/calendrier_vaccinal_mars_2019.pdf

3. Fish J. Cervical screening in lesbian and bisexual women: a review of the worldwide literature using systematic methods. NHS Cervical Screening Programme, De Montfort University;2009.

RÉSUMÉ

RÉSUMÉ en français :

CONTEXTE : Des écarts de prévalence en termes de maladies entre les hommes et les femmes, que les différences biologiques seules n'expliquent pas, ont pu être mis en évidence dans la dépression et les maladies cardio-vasculaires (MCV). Des travaux de sociologie se sont intéressés à la concordance entre représentations genrées de la santé dans la population générale et les différences de santé entre hommes et femmes.

OBJECTIF : Cette étude vise à explorer les représentations des médecins généralistes (MG) sur les disparités en santé entre hommes et femmes afin de les confronter aux représentations de la santé dans la population générale et à la morbidité différentielle des hommes et des femmes.

METHODE : Des entretiens individuels semi-dirigés ont été menés auprès de MG hommes et femmes jusqu'à saturation des données. Les verbatims ont été analysés selon la méthode de la théorisation ancrée par deux investigatrices avec un double codage.

RESULTATS : 12 entretiens ont été réalisés. Cette étude montre que l'expression genrée du mal-être est plus facilement perçue par les MG chez les femmes que chez les hommes, chez qui la dépression est plus difficile à repérer. Les MG ont une représentation masculine des MCV et expriment des difficultés dans le diagnostic de l'infarctus du myocarde (IDM) chez les femmes. Leur perception des comportements genrés des patients est conforme aux représentations genrées de la santé dans la population générale.

CONCLUSION : Les représentations chez les MG des disparités en santé entre hommes et femmes, en étant conformes aux représentations genrées dans la population générale et à la morbidité différentielle, peuvent venir renforcer les disparités en santé des hommes et des femmes. Cette étude met en évidence l'intérêt d'intégrer la question du genre et de la santé à la formation médicale, notamment dans une approche pluri-disciplinaire avec les sciences sociales, sans occulter les autres déterminants sociaux de santé.

TITRE et RÉSUMÉ en anglais :

Gender Medicine: How do general practitioners perceive health differences between men and women?

BACKGROUND : Studies have revealed specific differences in terms of prevalence of depression and cardio-vascular diseases, which biological differences between men and women alone, cannot explain. Studies in the field of social sciences have explored how men and women's different social representations of health are consistent with gender related health differences.

OBJECTIVE : This study aims to explore the perception that General Practitioners (GPs) have of health differences between men and women in order to compare them to subjective and objective differences between men's health and women's health.

METHOD : Semi-structured interviews were conducted with male and female GPs until respondents could not provide any more information. Data analysis was performed using the grounded theory method with the concept of double coding.

RESULTS : 12 interviews were conducted. This study shows that GPs are more likely to perceive the lack of wellbeing in female patients, finding it difficult to diagnose depression in male patients. GPs perceive cardio-vascular diseases as a male disease and express difficulties in the diagnosis of myocardial infarction in female patients. The way GPs perceive gender related health behaviour is consistent with the differences in which men and women perceive and value their own health.

CONCLUSION : This study has shown evidence that GP perception of health differences between women and men may contribute to the gender gap, as their perception is consistent with previous literature which outlines men and women's subjective representations and objective health differences for a range of medical conditions and behaviours. To address the gender gap in terms of health, this study highlights the need for a multi-disciplinary approach with contribution from medical and social sciences to ensure gender medicine is integrated in the medical curriculum, without overlooking other social factors.

MOTS-CLÉS : genre et santé, médecins généralistes, dépression, maladies cardio-vasculaires