

La santé des femmes, différente ?

Axel Hoffman,
médecin
généraliste à la
maison médicale
Norman Bethune.

.....

Pendant longtemps, les conceptions sur la santé des femmes ont été basées sur des préjugés construits par une société qui les infériorisait et relayés par un corps médical masculin. Ces préjugés ont non seulement véhiculé des erreurs et des injustices mais ils ont aussi très matériellement joué un rôle funeste sur la santé des femmes (et ce n'est pas fini). Comment se déconstruisent ces préjugés, quelle réalité ce nettoyage découvre-t-il, y a-t-il ou pas des différences entre la santé de l'homme et de la femme et qu'en faire ?

.....

nation de la femme par l'homme. Elles rompent avec la conception naturaliste du travail féminin dans la famille, démontreront que le travail domestique est bien un travail au sens marxiste du terme, avec sa valeur marchande et sa valeur d'usage et que l'appropriation physique du corps des femmes et du fruit de leur travail par la classe des hommes, non seulement au plan privé mais aussi collectif, fait du « sexage » un esclavage. Dès lors, il ne sera plus défendable d'affirmer que le biologique fonde la différenciation sociale du sexe. C'est le social qui constitue le biologique en critère discriminatoire et les rapports sociaux de sexe seront désormais conçus comme une même logique traversant tous les espaces sociaux et active à tous les plans, tant symbolique que matériel (il sera reproché à Bourdieu d'avoir décrit la domination masculine comme une domination essentiellement symbolique et d'en avoir occulté la dimension matérielle).

Santé et rapports sociaux de sexe

Jusque dans les années 60, le sexe se définit sur le seul constat biologique et la notion en vogue de « condition féminine » (qui n'a pas d'équivalent masculin !) rappelle combien les femmes appartiennent à la nature (Bourdieu parle de « somatisation des rapports sociaux de domination »), tandis que l'homme est porteur de culture. L'évolution de la situation des femmes est alors envisagée seulement en termes de changement de mentalité, de bonne volonté des mâles et la dimension matérielle de leur infériorité est ignorée. Les années 60, avec entre autres Talcott Parsons, mettent à l'honneur l'idée de complémentarité : à l'homme le rôle social et économique, à la femme celui de dispensatrice d'affection et de soins, mais toujours rien ne se dit sur les bases matérielles de l'oppression des femmes.

Ce sont des chercheuses féministes qui feront voir le jeu des sciences dites de l'homme dans l'occultation des bases sociales de la domi-

L'argent et une chambre à soi

... il est actuellement beaucoup plus important de savoir de quel argent de poche et de quelles chambres les femmes disposent, que de bâtir des théories sur leurs aptitudes - et d'ailleurs même si le moment de le faire était venu, je ne pense pas que les dons, ceux de l'esprit et ceux du caractère, puissent se peser comme le sucre ou le beurre, et cela même à Cambridge où l'on est si expert dans l'art de diviser les gens en classes... La liberté intellectuelle dépend des choses matérielles. Et les femmes ont toujours été pauvres, et cela non seulement depuis deux cent ans, mais depuis le commencement des temps. Voilà pourquoi j'ai tant insisté sur l'argent et sur une chambre à soi.

Virginia Woolf en 1928

L'analyse du rapport social de sexe renverse ainsi la perspective : c'est le social qui va rendre compte de certains aspects du physique et du médical et non l'inverse. Cette approche permet de dégager un certain nombre de caractéristiques (nous en citerons quatre) qui retentissent dans le champ de la santé.

Mots clefs : femmes, inégalités sociales de santé.

Le rapport social de sexe est une relation antagonique entre deux groupes sociaux. Dans certaines circonstances, il prend la dimension d'une véritable lutte à mort. Le statut inférieur des femmes conduit aux avortements d'embryons féminins et aux infanticides de nouveaux-nés de sexe féminin, « bouches inutiles ». En Chine et en Indes, le nombre de « femmes manquantes » s'énonce en millions (l'échographie permettant de déterminer le sexe de l'embryon et de l'éliminer s'il est féminin). Le rapport entre les enfants des deux sexes y serait de 114 à 118 garçons pour 100 filles. Dans de nombreux pays, pas seulement en Afghanistan, les femmes sont privées de soins ou d'éducation. Partout elles sont victimes de violences symboliques et physiques constantes.

Les rapports sociaux de sexe sont transversaux, tout espace social en porte la marque : dans l'entreprise par exemple, les femmes sont tenues au même rendement que les hommes, les tâches « féminines » supplémentaires comme le travail domestique ou la grossesse sont « naturellement » oubliées, comme allant de soi en sus et il est mal vu d'en arguer pour justifier un manquement.

Ces rapports sont dynamiques : longtemps ils ont été pensés comme dépendants de l'évolution des rapports de classe, la libération des femmes devait venir automatiquement avec le progrès social et le succès des luttes ouvrières contre le capital. Mais l'analyse diachronique des faits sociaux relatifs aux rapports entre les sexes montre qu'ils fonctionnent avec une autonomie relative par rapport aux autres rapports sociaux. Dès lors, ils ne peuvent évoluer que sous une impulsion propre, donnée par les mouvements féministes : ce sont les luttes des femmes qui ont fait progresser le droit à la contraception et l'interruption de grossesse et ont par ricochet modifié les rapports de force dans la famille.

Ces rapports produisent en permanence les catégories de sexe : ils déterminent ainsi les normes de « bonne mère » ou ce qu'est un comportement convenable. La médecine s'est longtemps prêtée à ce jeu de cette catégorisation sociale, l'invention de l'hystérie en étant un exemple des plus significatifs. Pensons aussi à la disqualification des femmes écartées des domaines de

l'obstétrique (relégation du savoir-faire des sages-femmes) et de l'alimentation des bébés (allaiter, surtout ne pas allaiter, allaiter évidemment, mais toujours selon ce que dit le docteur... ou l'industrie laitière), domaine que seule la féminisation de la profession médicale a rendu aux femmes.

La ménopause, une maladie ?

Le discours médical sur la ménopause est exemplaire, tant il est marqué par les rapports sociaux de sexe.

L'idée que la ménopause est une cause de dépression s'est imposée en psychiatrie et en gynécologie à la fin du XIX^{ème} siècle. Le psychiatre Kraepelin décrit en 1896 une forme de dépression liée à la ménopause qu'il appelle « mélancolie d'involution ». Bien qu'un peu plus tard il ait rejeté ce concept, et avec lui tous les psychiatres allemands, les médecins français

LES FEMMES CONSULTENT PLUS !



l'ont conservé. Définitivement démenti par des enquêtes épidémiologiques dans les années 1970 et 1980 qui ont montré l'absence de lien significatif entre ménopause et dépression, éliminé en 1975 dans la neuvième Classification internationale des maladies de l'Organisation mondiale de la santé, ce concept demeure présent sous l'une ou l'autre forme dans certains écrits, notamment chez les endocrinologues et les gynécologues. Ces derniers en faisaient, il y a peu d'années encore, un argument pour le maintien des femmes sous œstrogènes à vie. Quant aux psychiatres, ils décrivaient le désastre de la perte symbolique liée à l'arrêt de la fonction de reproduction. Les études montrent pourtant qu'il y a plutôt une diminution de la prévalence des troubles psychiatriques mineurs dans la décennie qui suit la ménopause.

Quant au discours « profane », celui des hommes exprime une vision aussi négative que celle des médecins, estimant les troubles psychologiques très fréquents à la ménopause, alors que les femmes, qui partageaient parfois cette opinion dans le passé, considèrent maintenant qu'il s'agit d'une opinion d'hommes et prennent leurs distances vis-à-vis du discours dominant. « Les hommes parlent de petits changements d'humeur, disent qu'elles sont un petit plus agressives, énervées, sensibles. Les femmes ne disent pas ça. L'homme ne prend pas très en considération la ménopause, c'est un peu ironique. C'est un petit peu moqueur. Parce que la femme, c'est quand même un objet de jouissance pour l'homme. Donc la connotation de ménopause contient une idée d'arrêt de cette jouissance. » (Christine, bibliothécaire, 55 ans)

Face à la mort et à la maladie

Les conquêtes féminines dans le monde occidental ont fait diminuer l'inégalité dont les femmes sont victimes mais sans modifier fondamentalement leur statut de groupe dominé. On sait d'autre part que les inégalités sociales sont responsables d'une moins bonne santé et d'une mortalité plus précoce dans les groupes de niveau social inférieur (voir notre cahier dans *Santé conjuguee* 40). On devrait donc s'attendre à une mortalité plus élevée chez les femmes.

Paradoxe, c'est une mortalité masculine plus élevée que l'on observe. Ce phénomène est récent. Globalement, au XIX^{ème} siècle, les progrès en matière de mortalité profitent davantage aux hommes, mais au XX^{ème} siècle, la surmortalité féminine baisse rapidement. Les facteurs explicatifs sont nombreux, allant des circonstances locales (les chiffres varient de pays à pays) et factuelles (une guerre fera monter le taux de mortalité masculine) aux progrès de la médecine et de l'hygiène, notamment en matière de maladies infectieuses et obstétricales (ici, l'évolution du statut des femmes a également joué).

Avec une mortalité féminine moins élevée, on pourrait s'attendre à une morbidité féminine moins élevée. A nouveau raté : les femmes présentent une morbidité plus élevée que les hommes et elles ont une consommation médicale plus importante en termes de consultations et de médicaments (mais pas en termes d'hospitalisations à âge égal). Les enquêtes sur les motifs de consultation ne permettent pas de dire que les femmes consultent « plus vite » ou pour des motifs plus futiles. Y aurait-il ici un rapport avec des conditions de vie particulièrement difficiles liées à la domination dont elles sont victimes ? Selon certaines études il semble qu'il s'agisse en fait davantage de morbidité ressentie, en relation avec l'expression d'une disposition à percevoir des symptômes physiques et psychiques et à leur donner un caractère pathologique ou à les interpréter comme un dysfonctionnement corporel par rapport à une norme sociale définissant ce que doit être un état de bonne santé. Cette pathologisation des sensations rentre dans le cadre d'un phénomène plus global de médicalisation qui se marque également par l'extension des consommations médicales et des personnels de santé, l'extension du champ de compétence de la médecine et la médicalisation de la vie ou santésisme.

Pourquoi les femmes sont-elles portées à exprimer davantage de symptômes ou de sensations que les hommes (ou ne faut-il pas inverser la question, pourquoi les hommes le font-ils moins) ? Les études ne montrent pas de différences dans la perception des sensations. La différence réside davantage dans l'expression verbale et corporelle des symptômes. Une hypo-



thèse serait que le conditionnement social diffère profondément pour tout ce qui touche aux questions corporelles : par leur attitude, leur système d'éducation, les jouets qu'ils donnent et l'environnement qu'ils créent, les parents transmettent des messages différents aux enfants. Aux garçons, ils passent des messages du type « un garçon ne pleure pas, et doit être dur au mal » (voir encadré : *les quatre règles de base de la masculinité*). Tout écart avec le modèle de virilité sera interprété comme signe de faiblesse, ou, insulte suprême, de féminité. Cette incorporation d'un modèle de virilité va se traduire par le rejet de l'écoute de soi et de l'attention portée au fonctionnement corporel. La petite fille recevra les messages inverses, elle pourra faire ce qui est interdit au garçon et pas ce qu'il est autorisé à faire, ses expériences corporelles subiront la pression du modèle social véhiculé par les parents, depuis les premières menstruations jusqu'à la maternité et à la ménopause.

Ainsi le rapport au corps est soumis à des stéréotypes souvent contraignants. Pour les femmes, la tyrannie du stéréotype esthétique rendra insupportable toute forme de pathologie portant atteinte à l'image corporelle. Leur rapport au corps sera orienté vers la séduction, plus riche, plus réflexif et plus intériorisé. Il s'ensuit que la gestion familiale de la santé leur incombera. Du côté des hommes, ce rapport sera plus instrumental, plus orienté vers la performance et la compétition, plus porté vers la satisfaction des désirs, plus immédiat et extérieur.

Les quatre règles de base de la masculinité

1. « Pas de trucs de fille », ne sois jamais une chochette ;
2. « Sois un gros bonnet », la masculinité se mesure à la taille du salaire ;
3. « Sois un chêne dans la tempête », ce qui fait qu'un homme est un homme c'est qu'on peut compter sur lui ;
4. « Mets-en plein la vue » : audace et agressivité, force !

Face à la retraite et au veuvage

Sur un plan global, la « crise de la retraite » semble être un mythe. La plupart des études (en majorité anglo-saxonnes) sur l'état de santé, la sensation de bien-être, la satisfaction de vivre et la mortalité ne montrent ni déclin de la santé ou de la sensation de bien-être, ni surmortalité dans l'année qui suit la retraite. Des études plus centrées sur la retraite des femmes montrent néanmoins des résultats discordants : si certaines études ne montrent pas de différence significative entre les sexes, d'autres indiquent que les femmes retraitées sont plus souvent dépressives que les hommes. Mais en aucun cas, le présupposé selon lequel les activités ménagères constitueraient un « refuge naturel » pour la femme ne se confirme. En fait, on constate surtout une grande diversité des réactions à la retraite et des modèles de transition, tant pour les hommes que pour les femmes.

La dimension conjugale doit être soulignée. La retraite est en effet une remise en cause de l'équilibre « écart-proximité » antérieur. C'est parmi les conjoints qui échouent à trouver un nouvel équilibre sur ce plan que se retrouve le plus grand nombre d'insatisfaits. Ce nouvel équilibre peut prendre différentes formes, allant d'une attitude plus fusionnelle à une attitude plus indépendante entre les conjoints, ou encore d'un comportement plus casanier ou plus « centripète ». Il ne semble pas y avoir de nette différence sexuelle dans le choix de ces comportements : par exemple, contrairement aux préjugés, les femmes ne seront pas forcément plus « intérieur » et les hommes plus « extérieur » (il se pourrait même que les hommes entament un repli vers la maison tandis que les femmes se tournent davantage vers l'extérieur).

Face à la perte du conjoint, les enquêtes mettent en évidence une surmortalité des personnes veuves comparativement aux non-veuves. Ce risque paraît beaucoup plus net chez les hommes, les résultats étant plus discutables chez les femmes. Les explications avancées s'inscrivent dans diverses théories (celle du stress, celle des rôles sociaux), qui toutes considèrent que le mariage protège davantage l'homme. L'impact négatif du décès du conjoint apparaît surtout dans les semaines qui suivent sa disparition et



semblent ensuite s'estomper. La charge des tâches ménagères incombant au survivant ne semble pas jouer un rôle déterminant.

On ne soigne pas les femmes comme les hommes

Cette phrase est le titre d'un ouvrage de Carole et Daniel Sereni, chefs de services dans des hôpitaux de Paris et il concerne la pathologie générale, à l'exclusion de la gynécologie dont la spécificité va sans dire. Attentifs à éviter le piège de porter un jugement discriminatoire, les auteurs passent en revue une série de pathologie (la douleur, la dépression, les maladies sexuellement transmissibles, l'immunité, les maladies cardio-vasculaires et génétiques), constatant que les maladies n'ont pas la même expression chez l'homme et la femme et que les réactions aux traitements sont différentes. Il est connu de longue date que certaines maladies touchent plus fréquemment l'un ou l'autre sexe (par exemple la migraine vraie, l'anorexie ou certaines affections auto-immunitaires sont plus fréquentes chez la femme). La douleur serait ressentie plus rapidement par les femmes en raison d'un seuil de perception abaissé ou d'influences hormonales, bien que des facteurs

psychosociaux (y compris dans le chef de l'enquêteur) ne soient pas étrangers à ce phénomène. Notons aussi que les médicaments antidouleurs ne semblent pas agir de la même manière chez elle que chez l'homme.

L'hypothèse est qu'il y a des bases biochimiques à ces différences, bases mal connues ou inconnues. Cela peut s'expliquer entre autres parce que la plupart des essais cliniques sont réalisés chez des hommes afin d'éviter l'interférence des variations du cycle hormonal ou de ne pas prendre de risque par l'administration de substances aux effets incertains à des femmes susceptibles de tomber enceinte et dont la grossesse serait ainsi mise en péril. Les auteurs plaident pour la création d'une médecine de la spécificité féminine destinée à corriger les erreurs de la médecine actuelle où l'homme est la norme et la femme une variante. Cette nouvelle approche devrait dans un premier temps dresser l'inventaire exhaustif des spécificités féminines, analyser les causes biologiques profondes de la différence et en tirer les conséquences pratiques.

Ce raisonnement très scientifique ne peut qu'emporter l'adhésion. Le risque existe pourtant d'enrober de scientificité (donc de « vérité ») des interprétations qui oublient le rôle des rapports sociaux de sexe. Parcourons le chapitre consacré à la dépression. On y affirme successivement que la dépression touche davantage la femme et que ce fait est mal connu du public, qu'il est difficile de poser le diagnostic, que devant les mêmes symptômes les médecins prescrivent plus vite des tranquillisants à une femme, attribuant plus vite ses plaintes à une dépression que chez l'homme (ici on passe d'un diagnostic scientifique à un comportement socialement déterminé), que de nouvelles méthodes permettent de standardiser le diagnostic et que ces méthodes enfin fiables montrent une diminution de la différence entre les sexes... ce qui semble invalider l'affirmation du début. Ces tensions internes à l'exposé signent-elles la noble incertitude de la recherche ou au contraire la difficulté de faire la part entre ce qui est de l'ordre du fait scientifique et ce qui est de l'interprétation, dont il est essentiel de reconnaître la nature contingente et culturellement marquée. En fait cette problématique est inhérente à toute science mais dans ce domaine particulièrement sensible, il importe d'y être



Quelques chiffres belges

D'après l'Enquête de santé, Belgique, 2004 :

- une femme sur dix rapporte des symptômes caractéristiques de troubles mentaux (dépression ou autre) contre un homme sur vingt ;
- 22% des femmes présentent des troubles du sommeil contre 16% des hommes ;
- globalement, les hommes de 25 à 45 ans se déclarent plus souvent en bonne santé que les femmes, le rapport s'inversant après 45 ans.

Ces données sont subjectives (réponses à un questionnaire auto-administré) et ne correspondent pas à des diagnostics.

tout particulièrement attentif. Il faudra donc être très circonspect dans le développement d'une « féminologie ». Une approche rationnelle sera d'approfondir l'attention portée à la variable sexe dans les études. Au Canada vient de se terminer une étude multicentrique portant sur 316.234 cas répartis dans dix grandes villes canadiennes et suivis pendant huit ans pour apporter une réponse à la question : « Le sexe, l'éducation et le revenu modifient-ils l'effet des polluants atmosphériques sur les maladies cardio-vasculaires ? ». Les résultats corroborent l'existence d'un lien entre exposition aux polluants atmosphériques et hospitalisations pour maladies cardio-vasculaires, mais cette association n'est modifiée ni par le sexe, ni par le niveau d'éducation et de revenu. C'est via ce genre d'étude que l'on pourra établir l'existence de spécificités féminines en santé sans risquer de se laisser influencer par des considérations sociales de sexe.

Il est bon que la question de la spécificité féminine soit posée (on parle désormais de « sexospécificité »). Mais ne réintroduisons pas des jugements de valeur inquiétants sous couvert scientifique. Dans toute entreprise médicale, il y a risque de distorsion du social et du psychologique par le scientifique. Nous ne pouvons ici que répéter une mise en garde

que nous avons déjà énoncée à multiples autres occasions : la science est trop puissante pour être abandonnée aux seules mains (ou aux neurones) des scientifiques. ●

Sources

Une chambre à soi, Virginia Woolf, Bibliothèque 10/18, Denoël, Paris 1996.

« Les rapports sociaux de sexe, un cadre d'analyse pour des questions de santé », Anne-Marie Devreux, in *Femmes et hommes dans le champ de la santé*, ouvrage collectif, Collections Recherche, Santé, Social, Éditions ENSP Rennes 2001.

« La question des troubles psychiques liés à la ménopause », Daniel Delanoë, in *Femmes et hommes dans le champ de la santé*, ouvrage collectif, Collections Recherche, Santé, Social, Éditions ENSP Rennes 2001.

« Femmes et hommes face à la mort et à la maladie, des différences paradoxales », Pierre Aïach, in *Femmes et hommes dans le champ de la santé*, ouvrage collectif, Collections Recherche, Santé, Social, Éditions ENSP Rennes 2001.

« Hommes et femmes face aux transitions biographiques », Vincent Caradec, in *Femmes et hommes dans le champ de la santé*, ouvrage collectif, Collections Recherche, Santé, Social, Éditions ENSP Rennes 2001.

On ne soigne pas les femmes comme les hommes, Carole et Daniel Sereni, Éditions Odile Jacob, Paris 2002.

La domination masculine, Pierre Bourdieu, Éditions du Seuil Paris 1998.

Le sexe, l'éducation et le revenu modifient-ils l'effet des polluants atmosphériques sur les maladies cardio-vasculaires ?, Cakmak S., Dales RE., Judek S., J. Occup. Environ. Med. 2006 ; 48 :89-94.