Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Département fédéral de l'intérieur DFI
Office fédéral de la statistique OFS

Actualités OFS

14 Santé

Neuchâtel, décembre 2020

Enquête suisse sur la santé (ESS) 2017

Santé et genre

L'espérance de vie à la naissance n'est pas égale entre les femmes et les hommes. Si ces premières vivent en moyenne 4 ans de plus, leur qualité de vie liée à la santé semble moins bonne. Des différences de santé entre hommes et femmes apparaissent dans de nombreux résultats de l'enquête suisse sur la santé (ESS). Divers travaux ont montré que la santé et les comportements en santé sont largement façonnés et influencés par des normes sociales que sont les rôles et les relations de genre. Analyser la santé par le genre apparaît important pour mieux comprendre les différences de santé entre hommes et femmes, et pour mettre en place ensuite des stratégies de prévention et de promotion de la santé spécifiques, qui soient bénéfiques pour la société entière.

En matière de santé, les femmes et les hommes montrent certaines différences, qui ne sont pas seulement biologiques. L'introduction de la dimension sociale du genre dans l'analyse de la santé apporte une compréhension plus fine et complexe de la santé d'une population. Elle permet de comprendre comment les différences de santé observées résultent de processus sociaux et biologiques intriqués. Cet article se propose d'aborder la santé au moyen de la notion de genre, et de privilégier l'exploration des facteurs sociaux qui influent sur la santé de façon parfois différentes entre les femmes et les hommes. Cette présentation reprend certains résultats de l'enquête suisse sur la santé (ESS) et s'appuie sur la littérature existante qui traite du genre dans la santé pour mieux comprendre les différences de santé entre femmes et hommes, et leurs enjeux.

Une première partie de cette publication, plus théorique, explique la différence de terminologie entre «sexe» et «genre», et définit le genre comme un déterminant social de la santé. La deuxième partie décrit certaines disparités de santé entre femmes et hommes et les discute dans une perspective plus globale et compréhensive de rapports de genre, en présentant d'abord quelques aspects généraux de santé, puis trois thèmes plus spécifiques – corpulence et image corporelle, douleurs, tabagisme – qui seront approfondis. Une dernière partie élargit la réflexion pour mieux comprendre le cheminement qui part des expériences différentes entre les genres et conduit aux inégalités de santé.

Santé: du sexe biologique et du genre social

Les différences de biologie entre les femmes et les hommes permettent d'expliquer pourquoi la survenue d'événements coronariens intervient plus tardivement chez les femmes, qui bénéficient d'une protection hormonale relative avant la ménopause. Par contre, la biologie ne permet pas d'expliquer pourquoi, jusqu'à récemment, les hommes étaient plus à risque de développer un cancer du poumon, et pourquoi les femmes sont en train de «rattraper» les hommes. Pour expliquer ces différences, il est nécessaire d'utiliser le concept social du genre (Doyal, 2003), qui permet de comprendre par exemple comment les normes sociales ont favorisé l'adoption du tabagisme par les hommes d'abord, puis plus tardivement par les femmes.

Le genre émerge dès lors comme un concept incontournable pour comprendre la santé: les différences entre femmes et hommes dans tous les phénomènes sociaux marquent les corps, entrent sous la peau (embodiment) et s'observent à l'aide de données épidémiologiques telles que celles obtenues avec l'ESS. Le genre constitue ainsi un angle d'analyse fondamental pour comprendre une société: structurant tous les domaines de la vie sociale, il concerne donc des aspects fondamentaux de pouvoir,

de hiérarchies, de classifications et d'identités, que ce soit dans les entreprises, dans les familles, ou dans les espaces publics. Le système de genre construit ainsi des identités de genre, qui recouvrent, au-delà des différences biologiques et anatomiques, un ensemble de manières d'être, d'agir, de penser et attribué à chaque genre, spécifique, que les femmes et les hommes intériorisent depuis leur naissance à travers une socialisation qui passe par les rites sociaux, la famille, l'école et la culture. Historiquement situé, le genre est un système dynamique et évolutif : les normes de genre changent au cours du temps et évoluent en fonction de la phase de vie d'une personne.

Le sexe biologique et le genre social

Le sexe désigne les différences biologiques entre les femmes et les hommes : les organes génitaux, les chromosomes, les hormones. Le genre désigne des positions sociales différenciées entre les femmes et les hommes dans la société, qui structurent les champs du travail (rémunéré et domestique), de la formation ou des loisirs, etc. En d'autres termes, les différences de genre correspondent aux rôles et comportements distincts qui sont régis par les normes et les valeurs de la société dans laquelle les individus vivent.

Nous utiliserons ici le terme de genre pour différencier de manière binaire les hommes des femmes, les données de l'ESS ne permettant pas de faire d'autre distinction de genre.

Appréhender la santé en termes de genre pourrait heurter au premier abord, tant la santé semble s'incarner principalement dans le corps, qui renvoie implicitement au biologique et aux différences vues comme naturelles entre femmes et hommes. L'essor des neurosciences et la prégnance encore forte du modèle biomédical dans le champ de la santé renforcent cette acception. Néanmoins, l'introduction de la notion de genre dans la santé entraîne une meilleure compréhension des processus biologiques et sociaux intriqués qui influencent les trajectoires de santé des hommes et des femmes. Dans une perspective de santé publique, elle permet une meilleure prise en charge dans le domaine médical (maladies cardiovasculaires par ex.) selon les spécificités respectives en s'éloignant des stéréotypes de genre, et contribue ainsi à réduire les inégalités en santé. Elle permet également de mieux cibler les activités de prévention et de promotion de la santé, dans le but de favoriser une meilleure santé des hommes et des femmes.

Le genre, un déterminant social de la santé

L'approche des déterminants sociaux de la santé opérée à partir des années 1980 et institutionnalisée en 2005 avec la création de la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS, a pour postulat que «les caractéristiques d'une société – les conditions de logement, le niveau de formation, le chômage, l'exclusion sociale, etc. – ont une influence majeure sur le niveau de santé de la population et sur le risque de maladie des individus qui la composent» (Marmot, 2019). Comme le genre est un principe organisateur du monde social, il influence la santé au même titre que d'autres caractéristiques sociales (formation, revenu, emploi, famille, origine, etc.). Dans cette perspective, le genre est un déterminant social qui crée des inégalités de santé entre les femmes et les hommes.

En Suisse, l'augmentation du nombre de femmes actives dans le monde professionnel à partir des années 1970 s'est principalement faite par le travail à temps partiel. En 2017, 59,6% des femmes actives occupées de 25 à 54 ans travaillaient à temps partiel, contre 13,4% des hommes (OFS, 2020). Cela est en lien avec la répartition du travail ménager, la prise en charge des personnes dépendantes, et influe sur les possibilités d'avancement et de carrière, sur les revenus, et donc sur la position sociale. Il est maintenant reconnu que, de manière générale, les différences de revenus ont une influence sur la santé, les personnes à plus faible revenu ayant une santé moins favorable que les personnes à haut revenu. Et même si les normes de genre semblent changer en Suisse, avec une participation aux tâches domestiques et familiales grandissante des jeunes hommes, les traits généralement observés des rapports hiérarchiques de genre restent encore en majorité en défaveur des femmes dans beaucoup de domaines.

Ainsi, le genre est un déterminant de la santé à considérer en association avec d'autres déterminants sociaux tels que la condition socio-économique, l'âge ou l'appartenance ethnique, dans une perspective d'intersectionnalité pour décrire cette interaction de différentes caractéristiques.

Le phénomène d'intersectionnalité

L'intersectionnalité désigne la prise en compte simultanée et croisée de différents déterminants sociaux de la santé. Ce concept se réfère au fait que les femmes et les hommes ne sont pas des groupes homogènes, et que les positions sociales des individus sont façonnées à travers l'intrication des avantages et des désavantages d'autres facteurs comme l'âge, l'appartenance ethnique ou la classe sociale.

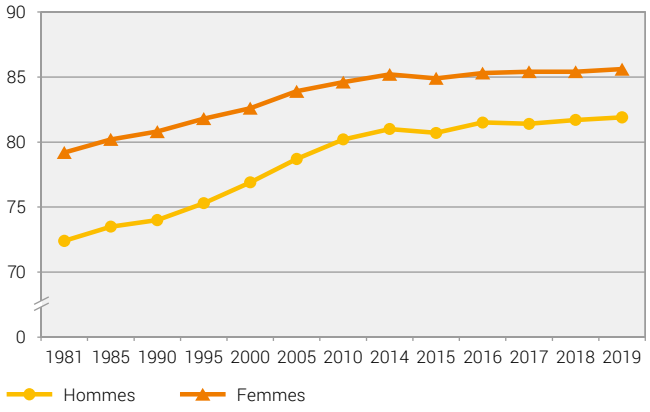
Le genre influence la situation sociale, les conditions et les parcours de vie et les comportements en matière de santé qui influencent ensemble la santé. L'influence du genre sur la santé apparaît ainsi très diversifiée et doit être appréhendée dans sa multiplicité, tant dans son association avec d'autres facteurs (âge, appartenance ethnique), que dans son interaction avec d'autres déterminants (positions socio-économiques) ou encore dans ses évolutions au cours de la vie.

État de santé général

L'espérance de vie à la naissance n'est pas égale entre les femmes et les hommes, celle des femmes étant plus élevée de 4 ans en Suisse, en moyenne. Cette inégalité est toutefois contrastée par deux éléments : les femmes vivent plus longtemps, mais en moins bonne santé de manière générale ; et l'écart de l'espérance de vie à la naissance tend à se réduire au fil des ans (G1). En effet, depuis les années 1990, les modes de vie des femmes se rapprochent de ceux des hommes, qu'il s'agisse de l'accès au travail rémunéré ou des types d'activité professionnelle, ou encore de consommation de tabac ou d'alcool. A cela s'ajoutent des progrès plus rapides autour de pathologies qui touchaient majoritairement les hommes (maladies cardio-vasculaires par exemple).

Espérance de vie à la naissance, de 1981 à 2019

En années **G1**



Source: OFS – BEVNAT, ESPOP, STATPOP © OFS 2020

L'avantage apparent dans l'espérance de vie à la naissance est contrasté lorsque l'on s'intéresse à la qualité de vie, notamment aux problèmes de santé générale et de santé fonctionnelle, qui sont généralement plus prévalents chez les femmes et qui peuvent avoir des conséquences limitatives sur l'autonomie des personnes. Ainsi, l'espérance de vie à la naissance plus élevée des femmes est relativisée par l'espérance de vie en bonne santé à la naissance qui s'élève à 71,7 années pour les femmes contre 70,7 années pour les hommes. Cette réduction d'écart entre ces deux espérances de vie entre femmes et hommes indique que les années de vie supplémentaires dont bénéficient les femmes sont vécues avec certains problèmes de santé.

En outre, bien que l'appréciation de la qualité de vie soit bonne à très bonne pour 91% de la population suisse sans différence notable entre les femmes et les hommes (même en tenant compte des niveaux de formation ou de l'âge), les femmes rapportent une moins bonne santé que les hommes : elles déclarent davantage de problèmes de santé de longue durée, sont plus nombreuses à faire état de limitations depuis au moins six mois dans les activités de la vie habituelle et à indiquer vivre avec au moins une maladie chronique (T1). Les femmes rapportent en moins grand nombre une énergie et vitalité générale forte, qui exprime un état tant physiologique (fatigue, etc.) que psychologique (humeur, etc.). Elles sont également plus nombreuses que les hommes à rapporter un sentiment de faiblesse généralisée, la différence entre hommes et femmes étant plus nette ici que pour les autres aspects de santé présentés.

D'autres indicateurs (T1) montrent que les expériences de santé sont effectivement différentes entre hommes et femmes, par exemple en lien avec la qualité du sommeil et la santé mentale.

Les femmes rapportent des troubles du sommeil modérés ou pathologiques en plus grande proportion que les hommes, et ceci à tout âge. Elles rapportent également davantage de difficulté à s'endormir et des insomnies. Les femmes déclarent en plus grand nombre être très nerveuses parfois, la plupart du temps ou tout le temps, et ceci à tout âge et dans les trois niveaux de formation.

Indicateurs de santé générale, 2017

Population de 15 ans et plus vivant en ménage privé **T1**

	Hommes		Femmes	
	%	±	%	±
Qualité de vie (très) bonne	92	0,6	91,5	0,6
Problème de santé de longue durée	30,5	1,1	34,7	1,0
Limitations depuis au moins 6 mois	22,3	0,9	28	1,0
Au moins 1 maladie chronique	37,3	1,1	47,2	1,1
Energie et vitalité forte	53,7	1,3	43,7	1,2
Sentiment de faiblesse généralisée	33,3	1,1	49,5	1,1
Troubles du sommeil moyens ou pathologiques	26,1	1,1	32,3	1,1
Difficulté à s'endormir, insomnies	28	1,0	40,4	1,0
Très nerveux (parfois, la plupart ou tout le temps)	20,5	0,9	28,9	1,0
Sentiment de maîtrise de sa vie faible	21,9	1,1	24,8	1,0
Sentiment de solitude (parfois, assez souvent, très souvent)	31,5	1,1	41,5	1,1
Dépression modérée à grave	7,8	0,7	9,5	0,7
Détresse psychologique moyenne ou élevée	11,7	0,8	18,3	0,8

± Intervalle de confiance (95%)

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS) © OFS 2020

Davantage de femmes rapportent un sentiment de maîtrise de sa vie faible, qui peut se traduire par une impression de ne pas être en mesure d'en déterminer soi-même le cours. Le sentiment de maîtriser sa vie est une ressource importante qui aide à surmonter les problèmes quotidiens et les crises, et est lié à un meilleur état de santé. À l'inverse, les personnes qui ont l'impression de n'avoir aucune prise sur les événements et le sentiment que leur vie est principalement conditionnée par des facteurs externes, sont ainsi davantage sujettes à des humeurs dépressives.

Quant au sentiment de solitude, il est plus marqué chez les femmes que chez les hommes, et ce à travers les âges et les niveaux de formation. Par contre, lorsqu'ils ne travaillent pas ou sont au chômage, les hommes disent éprouver un sentiment de solitude aussi fort que les femmes également inactives. La solitude

est l'expression subjective d'un manque de ressources sociales ou d'un besoin de contacts sociaux supplémentaires, et survient par exemple quand les relations souhaitées ne correspondent pas à la réalité. Finalement, davantage de femmes rapportent un état de détresse psychologique moyenne ou élevée. Et les femmes sont également plus nombreuses à rapporter un état de dépression modérée à grave, qui est souvent associée à des souffrances importantes ou à d'autres maladies, tant physiques que psychiques.

Ces divers éléments de santé générale présentés se réfèrent davantage à la morbidité «ressentie», dans le sens qu'ils résultent de la déclaration des individus à une enquête de population. N'étant pas nécessairement fonction de l'état de santé «réel», mesuré par un diagnostic médical, cette évaluation individuelle garde cependant toute sa pertinence et son utilité pour appréhender la santé d'une population car elle est l'expression de la perception de la santé par l'individu à travers des symptômes perçus et vécus au quotidien, faisant de l'individu un·e expert·e de sa santé et de son corps. Ces différences de santé entre hommes et femmes constatées plus haut peuvent s'expliquer en partie par un rapport à la santé différent, résultant de normes sociales apprises depuis l'enfance, et qui vont donc influencer la perception, l'interprétation et l'expression des problèmes de santé.

Facteurs explicatifs biologiques et sociaux

Ces différences de santé générale entre hommes et femmes peuvent mieux se comprendre en considérant l'articulation d'aspects biologiques et sociaux. Naissant biologiquement différent·e·s, hommes et femmes développent tout au long de leur vie leur identité psychologique et sociale propre, selon leurs rythmes corporels spécifiques et les prescriptions de la société en lien aux identités de genre. Hommes et femmes ont ainsi des expériences de vie distinctes, qui vont influencer leur santé de manière différente, et aboutir à des vécus de santé diversifiés. Les conditions de vie différentes les exposent par exemple à des sources de stress souvent différentes. Les femmes sont davantage touchées par le sexisme et le harcèlement sexuel sur le lieu de travail ou dans les lieux publics, ou par l'implication dans le travail domestique non rémunéré, souvent invisible et cumulé au travail rémunéré. Tandis que les hommes peuvent vivre un stress accru dans le rôle masculin de pourvoyeur de revenu principal du ménage (Krieger, 2020). Certains résultats de l'ESS tendent à le confirmer, puisque le statut d'activité révèle des effets différents pour les divers indicateurs de santé mentionnés: alors que les différences de genre apparaissent dans les diverses classes d'âge et les trois niveaux de formation, elles s'annulent dès lors que les hommes sont sans travail ou au chômage, rapportant autant de problèmes de santé que les femmes inactives, ceci apparaissant pour les personnes de 25 à 64 ans. Le fait de ne pas avoir de travail semble ainsi péjorer la santé des hommes, bien plus fortement que celle des femmes.

Ces différentes conditions de vie, produites en partie par des normes sociales de genre, vont entraîner des réponses et conséquences différentes entre hommes et femmes dans leurs stratégies d'adaptation, elles-mêmes influencées aussi par les rôles sociaux transmis. Ainsi, les hommes ont tendance à mobiliser l'alcool, la violence et la prise de risque, et les femmes à développer des troubles de l'alimentation, un sentiment de maîtrise de sa vie faible et de la culpabilisation (Bird et al., 2012). Au final, ces types de réponses seront non seulement variés entre hommes et femmes, mais ils vont également contribuer à renforcer les différences dans l'impact du stress psychosocial sur la santé entre hommes et femmes.

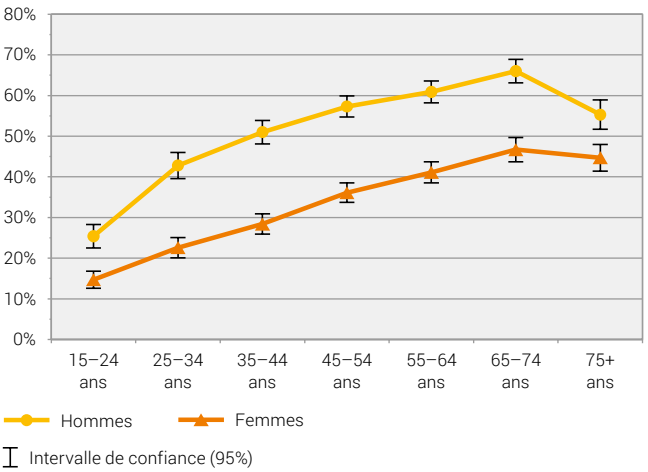
Au-delà des inégalités de santé générale entre hommes et femmes et de l'impact divergent du stress psychosocial sur leur santé, des différences s'observent également dans le recours au système de santé. Les femmes ont une meilleure adhésion générale à des programmes de dépistage et de prévention de la santé (Le Talec et al., 2019) et recourent davantage aux consultations médicales. Les données de l'ESS montrent par exemple que les femmes sont plus nombreuses à s'être rendues au moins une fois dans un cabinet médical au cours des 12 derniers mois (88% contre 74%), et ceci jusqu'à 74 ans. Cette tendance globale des femmes à davantage consulter un·e médecin se retrouve également tant pour les visites d'un·e médecin généraliste que d'un·e médecin spécialiste (sans compter le ou la gynécologue). Ces différences peuvent être interprétées comme résultant des inégalités dans la morbidité, les femmes étant en moins bonne santé. Elles peuvent aussi être expliquées par des rôles sociaux de genre qui influencent la façon de prendre soin des autres et de soi-même, le «prendre soin» (care) étant fortement valorisé dans la socialisation des filles et des femmes depuis l'enfance. Par cette attribution des rôles sociaux, les femmes prendraient alors une fonction de «soignante de la cellule familiale». À l'inverse, sans entrer dans toutes les nuances, les garçons et les hommes sont plutôt encouragés à se montrer forts, indépendants, protecteurs, et à masquer tout signe de vulnérabilité ou de faiblesse, dont la maladie en serait un signe, pour se conformer finalement au rôle de pilier social et économique.

Corpulence et image corporelle

Dans le cadre de l'augmentation de la corpulence des hommes et des femmes dans le monde depuis une trentaine d'années, l'obésité et le surpoids représentent un défi de santé publique

Excès de poids, en 2017

Population de 15 ans et plus vivant en ménage privé **G 2**



Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS)

© OFS 2020

majeur, notamment du fait qu'ils sont des facteurs de risque de développement de nombreuses maladies métaboliques et cardiovasculaires.

Corpulence des hommes et des femmes

Les résultats de l'enquête suisse sur la santé montrent que les hommes sont plus nombreux en 2017 à être en excès de poids (surpoids ou obèses), et ceci dans toutes les catégories d'âge (G2).

Cependant, bien qu'elles présentent moins d'excès de poids que les hommes, les femmes se montrent globalement plus insatisfaites qu'eux (28% contre 22%) de leur poids, cette tendance s'accentuant encore en cas de surpoids (50% d'insatisfaites contre 29% d'insatisfaits) ou d'obésité (74% d'insatisfaites contre 57% d'insatisfaits). Le fait que le rapport au poids diffère passablement entre les hommes et les femmes ressort également du constat que si la proportion d'hommes insatisfaits de leur poids est très proche parmi ceux présentant un excès de poids (36%) et ceux avec une insuffisance pondérale (30%), ces proportions sont nettement différentes chez les femmes (57% sont insatisfaites parmi celles en excès de poids et 13% le sont parmi celles avec un sous-poids). Par ailleurs, si le surpoids est essentiellement masculin, le sous-poids est, lui, essentiellement féminin (5% contre 1% pour les hommes): les hommes en sous-poids sont très rares, à part chez les 15–24 ans, légèrement plus nombreux.

Ces différences de corpulence et de perceptions autour du poids entre hommes et femmes peuvent s'expliquer par différents facteurs. Si les prédispositions génétiques peuvent en partie déterminer le poids, l'activité physique et l'alimentation sont deux facteurs sociaux qui influencent le poids au cours de la vie, et qui peuvent eux-mêmes être modifiés dans une certaine mesure par les individus. Ces deux facteurs sociaux sont également influencés par les normes de genre. Plutôt qu'une analyse détaillée des relations, plus ou moins directes, entre la corpulence et divers aspects de santé physiques, psychosociaux ou encore sociodémographiques (OFS, 2020), il s'agira ici de relever quelques différences entre les hommes et les femmes en matière d'activité physique et d'alimentation, qui montrent les normes de genre à l'œuvre en ce qui concerne le rapport plus général au corps et à la corpulence.

Activité physique

Les différences entre hommes et femmes sont contrastées. En 2017, les hommes sont légèrement plus nombreux que les femmes (78% contre 74%) à avoir dans leurs loisirs une activité physique favorable à la santé selon les recommandations en la matière, c'est-à-dire une activité physique minimale par semaine soit de 150 minutes d'intensité modérée, soit de 2 jours d'intensité plus forte avec transpiration. Les femmes sont ainsi légèrement plus nombreuses à être soit partiellement actives soit inactives.

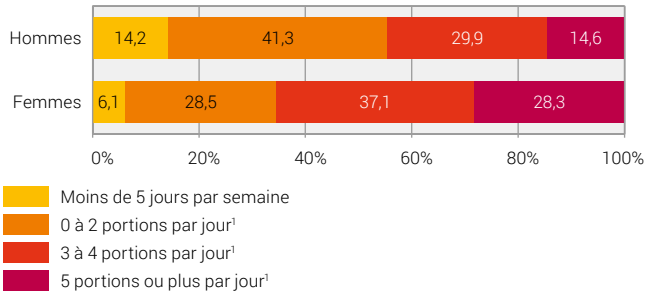
En ce qui concerne les trajets quotidiens à pied ou à vélo pour se rendre au travail, à l'école, ou pour faire les commissions, les femmes sont non seulement plus nombreuses globalement que les hommes à en effectuer, mais également à en faire d'une durée de 30 minutes ou plus (36% contre 31% pour les hommes). De plus, les femmes ont tendance à passer globalement moins d'heures en position assise pendant la journée.

Alimentation

De façon générale, les femmes rapportent être plus attentives à leur alimentation (73% pour les femmes contre 63% pour les hommes), et ce à travers tous les âges. Cette attitude se confirme dans les indicateurs de consommation de fruits et légumes, et de viande. La consommation de 5 portions de fruits et légumes au moins 5 jours par semaine est nettement plus élevée chez les femmes (G3), et l'écart entre les femmes et les hommes se creuse avec l'augmentation du niveau d'éducation (de 18% contre 11% pour les femmes et les hommes sans formation postobligatoire à 37% contre 16% pour les femmes et hommes ayant achevé une formation de niveau tertiaire)

Consommation de fruits et légumes, en 2017

Population de 15 ans et plus vivant en ménage privé **G3**



[1] au moins 5 jours par semaine

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS) © OFS 2020

En ce qui concerne la consommation de viande, les diététicien·ne·s déconseillent d'en manger plus de quatre fois par semaine. Selon ces recommandations, les hommes sont presque le double des femmes (46% contre 25%) à en manger trop souvent, c'est-à-dire 5 à 7 jours par semaine. Cette différence femmes-hommes est marquée à travers tous les âges, mais encore plus prononcée chez les jeunes, avec 61% des hommes de 15–24 ans qui consomment de la viande au moins 5 fois par semaine, contre 34% des femmes du même âge.

Normes de genre dans le rapport au corps

Ces différences marquées entre les genres concernant le comportement alimentaire et l'activité physique pourraient se comprendre par le rapport au corps et les représentations de la santé du corps qui sont, eux aussi, influencés par les normes sociales de genre. Le rapport au poids est complexe et englobe un rapport à l'image de soi et aux représentations de la santé du corps qui varie avec les époques et les cultures. Par exemple, l'association entre corps musclé et corps sain est plus commun pour les hommes que pour les femmes (Wardle et al., 2004). En outre, les femmes sont encouragées à surveiller leur alimentation dans le cadre de la grossesse (Kiefer et al., 2008). De façon plus générale, l'attention portée à la corpulence et à l'image corporelle est plus marquée chez les femmes, qui subissent une pression sociale à avoir un corps mince, ceci étant associé

à la fois aux standards de beauté mais également de santé. Les normes sanitaires renforcent ici les normes esthétiques. Ces standards sont largement véhiculés par les médias, le monde de la mode et du cinéma et les réseaux sociaux (Wardle et al., 2004). Le caractère genré du rapport au corps et au poids s'exprime donc dans un idéal de corps mince pour les femmes, et dans un corps plus corpulent pour les hommes, qui renvoie à la connotation positive de la force. En découle une perception subjective différente entre femmes et hommes d'un poids excessif: non seulement un poids excessif est une plus grande source d'insatisfaction chez les femmes, mais elles ont également plus souvent tendance à se croire en surpoids alors que ce n'est pas le cas (Saint Pol, 2010). Cela n'empêche pas le rapport au corps des hommes d'être également socialement contraint, moins fortement que les femmes, puisque le sous-poids dans la perception du corps masculin joue un rôle symétrique au surpoids chez les femmes. Les normes de genre en lien avec le rapport au corps et à la corpulence peuvent ainsi expliquer en bonne partie un surpoids et une obésité moins grande chez les femmes, mais également un plus grand sous-poids et une crainte de l'excès de poids, qui peut se traduire par une prévalence plus grande de troubles alimentaires, notamment l'anorexie et la boulimie.

Douleurs

L'expression de la douleur découle de plusieurs étapes: la douleur est d'abord produite de façon biologique par les tissus lésés, puis perçue et interprétée par le système neurologique, et enfin exprimée par l'individu. La douleur est par définition subjective et différente d'une personne à l'autre dans chacune de ces étapes. Certaines différences sont de nature biologique, dues aux hormones, aux types de récepteurs et à d'autres mécanismes encore mal compris (Mapplebeck et al, 2016). Les études sur le sujet suggèrent que différents processus sociaux ont un impact clé sur les différences femmes-hommes dans l'expression et la réponse à la douleur (Samulowitz et al, 2018). En effet, depuis l'enfance, les filles et les garçons sont socialisés différemment. De façon un peu schématique, les garçons apprennent à être robustes et résistants à la douleur ou à moins s'en plaindre, alors que les filles sont encouragées à être sensibles et à verbaliser leur inconfort (Robinson et al, 2001).

Exemples de douleurs

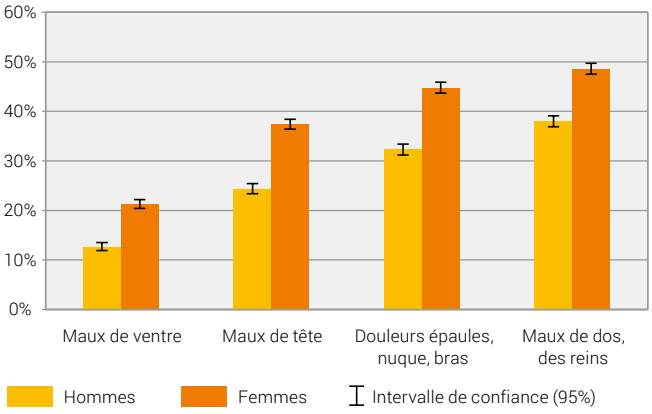
Les données de l'ESS montrent des différences marquées dans l'expression de la douleur: les douleurs du système digestif, les maux de têtes, ou les douleurs ostéo-articulaires sont plus souvent rapportées par les femmes que par les hommes (G 4).

Cette différence d'expression de la douleur entre les femmes et les hommes persiste à tout âge et dans toutes les catégories de formation.

Cependant, comme pour de nombreux autres aspects de santé, les différences de genre dans l'expression de la douleur diminuent très nettement, voire s'annulent, pour les personnes inactives ou au chômage entre 25 et 64 ans. À titre d'illustration,

Troubles physiques, en 2017

Sur une période de 4 semaines; population de 15 ans et plus vivant en ménage privé **G 4**



Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS) © OFS 2020

si les maux de ventre sont rapportés par 12% des hommes et 20% des femmes actifs·ves professionnellement, ils atteignent 23% chez les hommes et 25% chez les femmes sans emploi ou au chômage.

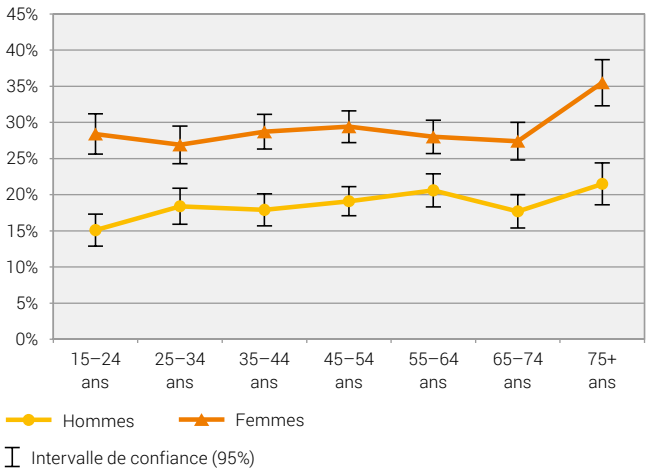
Et finalement, on observe que la consommation d'antidouleurs est plus importante chez les femmes, et ceci persiste dans toutes les catégories d'âge (G 5).

Aspects biologiques et sociaux

Les exemples présentés ci-dessus montrent une expression de la douleur plus importante chez les femmes que chez les hommes, ce qui peut entraîner une consommation d'antidouleurs plus élevée. Ce phénomène trouve des explications à différents niveaux, tant biologiques que sociaux.

Consommation de médicaments contre les douleurs, en 2017

Sur une période de 7 jours; population de 15 ans et plus vivant en ménage privé **G 5**



Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS) © OFS 2020

Au niveau biologique, certaines études parlent d'une efficacité moindre des antidouleurs chez les femmes (Gross, 2004). En effet, il est connu que les essais cliniques de médicaments ont plus souvent été développés et testés sur des cohortes entièrement masculines, remettant parfois en cause l'efficacité et la sûreté de ces médicaments chez les femmes. Par ailleurs, différentes voies de production et de contrôle de la douleur ont été mises en évidences entre les hommes et les femmes, et peuvent expliquer non seulement un seuil de douleur plus bas chez les femmes mais également des cibles de traitement différentes entre hommes et femmes.

D'un point de vue de l'influence sociale, les femmes ont appris à exprimer plus facilement leurs douleurs que les hommes, et ceci leur permet de consulter plus facilement lorsqu'elles ont mal. S'y ajoute une autre piste explicative, celle des stratégies d'adaptation qui reflètent un apprentissage différent entre hommes et femmes de la confrontation et résolution des problèmes depuis l'enfance. Il est ainsi fortement probable que ceci participe à un vécu différent des douleurs entre hommes et femmes, et à une expression plus forte des douleurs chez les femmes.

Une dernière piste explicative pourrait se référer aux inégalités globales de genre: par leurs positions sociales généralement plus défavorables, les femmes auraient un stress psychosocial accru et l'exprimeraient entre autres par les douleurs chroniques (Krieger, 2020).

Ces exemples montrent aussi de manière intéressante que les hommes aussi peuvent être désavantagés par le rôle social qui leur est traditionnellement assigné. En effet, la proportion d'hommes affectés par ces maux présentés ci-dessus est plus importante lorsqu'ils ne travaillent qu'à temps partiel ou sont professionnellement inactifs, la différence entre hommes et femmes se réduisant alors nettement. En se référant aux rôles sociaux de genre, ce phénomène pourrait être expliqué par une pression sociale accentuée en lien avec le rôle masculin du pourvoyeur principal de revenu, l'identité masculine se définissant nettement plus fortement que pour la femme par le travail professionnel.

Tabagisme

Le tabagisme est un comportement genré, c'est-à-dire qu'il a été, et reste dans une certaine mesure, influencé par les normes de genre (Denton et al., 1999). L'industrie du tabac a dans un premier temps valorisé le tabagisme auprès des hommes (Clair, 2015), avant de cibler aussi les femmes à partir des années 1950–60, en présentant la cigarette comme un moyen d'émancipation, d'accès à un statut égalitaire avec les hommes, de liberté et d'anticonformisme, et de contrôle sur le poids. Les femmes ont donc débuté plus tardivement dans le temps à fumer, et les conséquences sur leur santé comme les maladies cardiovasculaires, les cancers ou les maladies respiratoires, sont apparues également plus tard, voire récemment. Outre les maladies spécifiquement féminines ou liées à la grossesse, les femmes fumeuses présentent un risque de morbidité et de mortalité accru comparé aux hommes fumeurs, qui peut s'expliquer par une double exposition des femmes fumeuses au tabagisme actif et passif (celui de leur partenaire), mais aussi par des différences de métabolisation des composés de la cigarette.

Prévalence du tabagisme

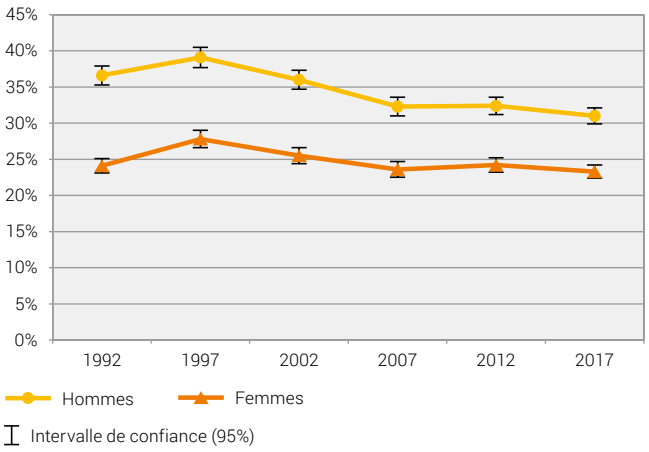
En Suisse, en 2017, toutes catégories d'âge confondues, la prévalence du tabagisme actif reste plus élevée chez les hommes (31%) comparée aux femmes (23%), et il y a également davantage d'anciens fumeurs parmi les hommes (24% contre 19% pour les femmes). Cette différence entre femmes et hommes est particulièrement marquée chez les personnes qui consomment beaucoup de cigarettes (≥20 cigarettes journalières) avec le double d'hommes dans cette catégorie (8% chez les hommes contre 4% chez les femmes).

Les individus avec une formation de niveau tertiaire sont moins nombreux à fumer que ceux avec une formation inférieure. Si ce gradient social se retrouve tant chez les hommes que chez les femmes, il est moins marqué chez ces dernières, ce qui peut s'expliquer par l'adoption plus tardive du comportement tabagique par les femmes. Historiquement, ce sont d'abord les classes sociales les plus élevées qui ont adopté le comportement tabagique, puis les personnes avec un niveau socio-économique plus bas. De façon similaire, l'arrêt du tabac a jusqu'ici été plus marqué parmi les personnes de classe sociale plus élevée (Hitchmann et al., 2011). Ces tendances, similaires entre les femmes et les hommes, mais décalées dans le temps par l'adoption plus tardive du comportement tabagique par les femmes, expliquent ainsi un gradient social du tabagisme plus marqué chez les hommes que chez les femmes.

Après une nette hausse de 1992 à 1997, la prévalence du tabagisme a diminué de 1997 à 2007 tant chez les femmes que chez les hommes, et depuis 2007 elle reste stable. Cependant, l'écart entre les fumeurs et les fumeuses tend à se réduire depuis 25 ans en Suisse: de 1992 à 2017, on note une baisse moins importante du tabagisme chez les femmes (–0.8 points de pourcentage) par rapport aux hommes (–5.6 points de pourcentage) (G6).

Consommation de tabac, de 1992 à 2017

Population de 15 ans et plus vivant en ménage privé — **G6**



Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS) © OFS 2020

Cette réduction de l'écart entre les hommes et les femmes en matière de tabagisme peut contribuer à expliquer en partie la diminution comparable et parallèle de l'écart d'espérance de vie entre eux, même si de nombreux autres facteurs y participent aussi.

Cheminement vers les inégalités de genre dans les maladies chroniques

Les trois thèmes présentés de manière plus détaillée plus haut (corpulence et image corporelle, douleurs, et tabac) permettent de mieux comprendre comment les différences biologiques entre les femmes et les hommes, mais surtout les différences sociales liées aux rôles et relations de genre influencent la santé, de manière spécifique et conjointe. Les comportements sociaux genrés influent sur les habitudes d'alimentation, d'activité physique et de tabagisme, sur la corpulence et sur l'expression de la douleur, qui elles-mêmes ont un impact sur le développement, le diagnostic et le traitement de maladies chroniques. Bien que ces cheminements soient difficilement quantifiables, car complexes et croisés avec d'autres facteurs comme l'âge ou le niveau socio-économique, un certain nombre d'éléments sont cependant présentés ici sur la manière dont le genre constitue un modulateur important de la santé.

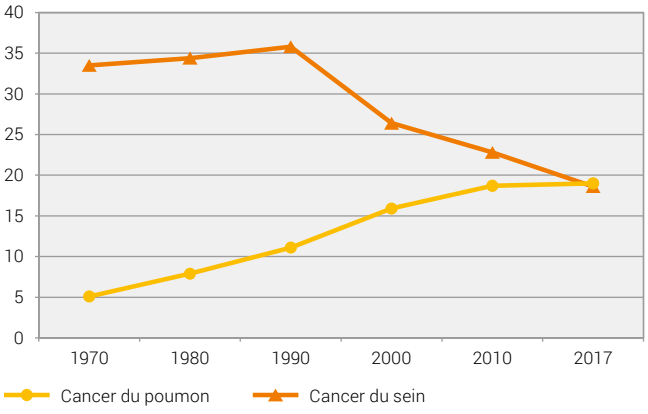
Le tabagisme par exemple est un facteur de risque majeur de maladies cardiovasculaires et de cancers. L'évolution de la prévalence du tabagisme ces dernières années, notamment la diminution chez les hommes, peut partiellement expliquer une baisse plus importante des infarctus du myocarde observée chez les jeunes hommes que chez les femmes (Arora et al., 2019). Dans certains pays voisins, on note même une augmentation inquiétante du nombre d'infarctus du myocarde chez les femmes pré-ménopausées. D'autres facteurs, comme pour les femmes une prise en charge moins rapide des maladies, ou des traitements moins efficaces car développés principalement à partir de recherches effectuées sur des sujets masculins, peuvent aussi expliquer cette différence d'évolution. Un autre exemple lié au comportement tabagique est celui du cancer du poumon dont la prévalence et la mortalité ont augmenté en Suisse chez les femmes depuis les années 1980 (+94% pour les nouveaux cas et +88% pour la mortalité) alors qu'elles sont en baisse chez les hommes (–36% pour les nouveaux cas, et –45% pour la mortalité) (OFS, 2016). La proportion de décès liés au cancer du poumon a augmenté chez les femmes et ce cancer est en Suisse, comme dans de nombreux pays (France, Etats-Unis), même devenu la première cause de décès chez les femmes, devant le cancer du sein (G7).

La surcharge pondérale, le manque d'activité physique et une alimentation non équilibrée sont des facteurs de risques cardiovasculaires et métaboliques. Les maladies non transmissibles sont en augmentation, notamment le diabète qui est une conséquence directe de l'obésité. On note une prévalence de diabète de type 2 plus élevée chez les hommes que chez les femmes, et ceci est largement influencé par l'alimentation et l'obésité, particulièrement l'obésité abdominale. La répartition des graisses semble être favorablement influencée hormonalement, les femmes pré-ménopausées étant relativement protégées contre l'obésité abdominale. Cependant, cette répartition des graisses peut être influencée par le tabac qui a un effet anti-ostrogénique, mettant ainsi les femmes fumeuses plus à risque de maladies métaboliques et cardiovasculaires en «annulant» l'effet hormonal protecteur. Le comportement tabagique a ici un effet direct sur l'équilibre hormonal et le métabolisme. Par ailleurs, les mesures de prévention et de promotion de la santé touchent moins les hommes qui peuvent se retrouver encore davantage à risque. Ceci peut être dû à la fois à des messages de prévention qui ne sont pas adaptés aux hommes, mais également au fait que les hommes peuvent se sentir moins concernés par leur santé. Il est cependant observé que les normes sociales en rapport avec la représentation du corps masculin «sain» évoluent avec l'émergence des réseaux sociaux, notamment chez les jeunes hommes.

Finalement le genre a une influence importante dans la perception et l'expression de la douleur. La douleur est souvent un signal d'alarme ou une porte d'entrée pour signaler une pathologie. Le vécu de la douleur et son expression peuvent rendre une maladie plus ou moins complexe à diagnostiquer. C'est le cas dans l'infarctus du myocarde par exemple, où les symptômes décrits comme «typiques» et faisant rapidement évoquer un problème cardiaque sont moins souvent retrouvés chez les femmes. Cette méconnaissance conduit à un retard voire une absence de diagnostic et peut expliquer en partie un moins bon pronostic des femmes lorsqu'elles présentent un événement coronarien.

Décès selon les cancers du poumon et du sein chez les femmes, de 1970 à 2017

Taux standardisé, pour 100 000 habitantes **G7**



Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS)

© OFS 2020

Conclusion

Les cheminements qui partent des inégalités sociales et mènent aux inégalités en santé dans les maladies non-transmissibles sont complexes et encore mal compris. Cependant, les divers éléments présentés précédemment permettent de souligner que les comportements en santé sont largement façonnés et influencés par des normes sociales que sont les rôles et relations de genre. Les valeurs et normes de genre – aussi fluides, multidimensionnelles et sensibles aux mutations sociohistoriques soient-elles – induisent des expériences sociales différentes vécues par les femmes et hommes qui marquent les corps différemment, dans l'entrecroisement avec d'autres facteurs comme l'âge, le statut socio-économique et l'appartenance ethnique.

Cette approche de la santé par le genre est importante pour mettre en place des stratégies de prévention et de promotion de la santé mieux ciblées en fonction des groupes à risque et selon les spécificités de santé des hommes et des femmes, tout en évitant de tomber dans les stéréotypes. Elle apparaît également essentielle pour permettre d'agir également au niveau structurel plutôt qu'au seul niveau de la responsabilité individuelle (Schwarz et al., 2019), et réduire ainsi les inégalités de santé.

Source des données
Cette publication s'appuie sur les données de l'enquête suisse sur la santé (ESS). L'ESS est réalisée depuis 1992, tous les cinq ans, par l'Office fédéral de la statistique (OFS). La sixième enquête a eu lieu en 2017 dans le cadre du programme d'enquêtes du recensement de la population. Elle fournit des informations importantes sur l'état de santé de la population, sur les comportements de santé et sur l'utilisation des services de santé. Au total, 22 134 personnes de 15 ans et plus vivant dans un ménage privé ont participé à l'enquête, 10 463 hommes et 11 671 femmes. L'enquête consiste en une interview téléphonique suivie d'un questionnaire écrit papier ou en ligne.

Bibliographie

Alabas OA, Tashani OA, Tabasam G, Johnson MI (2012). *Gender Role Affects Experimental Pain Responses: A Systematic Review with Meta Analysis.* European journal of pain 16, n° 9: 1211 – 23.

Amos A., Haglund M (2000). *From Social Taboo to "Torch of Freedom": The Marketing of Cigarettes to Women.* Tobacco Control 9, n° 1 (Mar 2000): 3 – 8.

Arora Sameer, Stouffer George A, Kucharska-Newton Anna M, Qamar Arman, Vaduganathan Muthiah, Pandey Ambarish, Porterfield Deborah, Blankstein Ron, Rosamond Wayne D, Bhatt Deepak L (2019). *Twenty Year Trends and Sex Differences in Young Adults Hospitalized with Acute Myocardial Infarction: The Aric Community Surveillance Study.* Circulation 139, n° 8: 1047 – 56.

Bird Chloe E, Lang Martha E, Rieker Patricia P (2012). *"Changing Gendered Patterns of Morbidity and Mortality."* In The Palgrave Handbook of Gender and Healthcare, edited by Ellen Kuhlmann and Ellen Annandale, 125-41. New York: Palgrave Macmillian.

Clair Carole, Cornuz Jacques, Bart Pierre-Alexandre, Schwarz Joëlle (2018). *Médecine et genre: quels enjeux pour la pratique?* Revue médicale suisse n° 625, 1951 – 54.

Clair Carole, de Kleijn MJJ, Jaunin-Stalder N, Cornuz Jacques (2015). *Genre et disparités: l'exemple du tabagisme.* Revue médicale suisse n° 478: 1298-1303.

Denton M, Walters V (1999). *Gender Differences in Structural and Behavioral Determinants of Health: An Analysis of the Social Production of Health (1999).* Soc Sci Med 48, n° 9 (May 1999): 1221 – 35.

De Saint Pol Thibaut (2006). *Corps et appartenance sociale: la corpulence en Europe.* Données sociales – La société française. Institut National de la Statistique et des études Économiques, pp. 649 – 656.

Doyal Lesley (2003). *Sex and Gender: The Challenges for Epidemiologists.* International Journal of Health Services 33, n° 3: 569 – 79.

European Commission (2011). *The State of Men's Health in Europe.*

Fillingim Roger B, King Christopher D, Ribeiro-Dasilva Margarete C, Rahim-Williams Bridgett, Riley III Joseph L (2009). *Sex, Gender, and Pain: A Review of Recent Clinical and Experimental Findings.* The journal of pain 10, n° 5: 447 – 85.

Fiore MC, Novotny TE, Pierce JP et al. (1989). *Trends in cigarette smoking in the United States.* The changing influence of gender and race. JAMA 1989; 261: 49 – 55.

Gross Jeffrey B (2004). *Women Experience More Pain and Require More Morphine Than Men to Achieve a Similar Degree of Analgesia.* Survey of Anesthesiology 48, n° 4: 209.

Hitchman SC, Fong GT (2011). *Gender Empowerment and Female-to-Male Smoking Prevalence Ratios.* Bulletin of the World Health Organization 89, n° 3 (Mar 1 2011): 195 – 202.

Kiefer I, Rathmanner T (2008). *Ernährungsberatung, Gewichtsreduktion Und Essstörungen.* In Gender Medizin: Geschlechtsspezifische Aspekte Für Die Klinische Praxis, edited by A. Rieder and B. (eds). Lohff, 173 – 87. Vienna: Springer-Verlag Wien.

Krieger Nancy (2020). *Measures of Racism, Sexism, Heterosexism, and Gender Binarism for Health Equity Research: From Structural Injustice to Embodied Harm — an Ecosocial Analysis.* Annual Review of Public Health 41, n° 1: 37 – 62.

Le Talec Jean-Yves, Authier Danièle, Tomolillo Sylvie (2019). *La promotion de la santé au prisme du genre.* Guide théorique et pratique. Rennes: Presses de l'EHESP.

Mapplebeck Josiane CS, Beggs Simon, Salter Michael W (2016). *Sex Differences in Pain: A Tale of Two Immune Cells.* Pain 157: S2 – S6.

Marmot Michael (2019). *Déterminants sociaux de la santé: santé publique et pratique clinique.* Revue médicale suisse n° 640: 461.

OFS (2016). *Le cancer en Suisse, rapport 2015. – État des lieux et évolutions.* Neuchâtel.

OFS (2020). *Surpoids et obésité.* Enquête suisse sur la santé. Actualités OFS. Neuchâtel.

OFS (2020). www.statistique.ch → Trouver des statistiques → Catalogue et banques de données → Tableaux: Personnes actives occupées à plein temps et à temps partiel, selon le sexe, la nationalité, les groupes d'âges, le type de famille. N° OFS je-f-03.02.01.16.

Robinson Michael E, Riley III Joseph L, Myers Cynthia D, Papas Rebecca K, Wise Emily A, Waxenberg Lori B, Fillingim Roger B (2001). *Gender Role Expectations of Pain: Relationship to Sex Differences in Pain.* The journal of pain 2, n° 5: 251 – 57.

Samulowitz Anke, Gremyr Ida, Eriksson Erik, Hensing Gunnel (2018). *"Brave Men" and "Emotional Women": A Theory-Guided Literature Review on Gender Bias in Health Care and Gendered Norms Towards Patients with Chronic Pain.* Pain Research and Management 2018.

Schwarz Joëlle, Arminjon Mathieu, Zemp Stutz Elisabeth, Merten Sonja, Bodenmann Patrick, Clair Carole (2019). *Déterminants sociaux de la Santé en Suisse – comment le genre s'est perdu en chemin.* Revue médicale suisse n° 640: 485 – 89.

Wardle J., Haase AM, Steptoe A, Nillapun M, Jonwutiwes K, Bellisle F (2004). *Gender Differences in Food Choice: The Contribution of Health Beliefs and Dieting.* Ann Behav Med 27, n° 2 (Apr 2004): 107 – 16.

Éditeur:	Office fédéral de la statistique (OFS)
Renseignements:	gesundheit@bfs.admin.ch, tél. 058 463 67 00
Rédaction:	Renaud Lieberherr, OFS; Carole Clair et Joëlle Schwarz (Unité médecine et genre, Unisanté, Lausanne)
Collaboration:	Katja Branger ,OFS; Ilire Rrustemi, Joana Le Boudec, Virginie Schlüter, Diane Auderset (Unité médecine et genre, Unisanté, Lausanne)
Série:	Statistique de la Suisse
Domaine:	14 Santé de la population
Langue du texte original:	français
Mise en page:	section DIAM, Prepress/Print
Graphiques:	section DIAM, Prepress/Print
En ligne:	www.statistique.ch
Imprimés:	www.statistique.ch Office fédéral de la statistique, CH-2010 Neuchâtel, order@bfs.admin.ch, tél. 058 463 60 60 Impression réalisée en Suisse
Copyright:	OFS, Neuchâtel 2020 La reproduction est autorisée, sauf à des fins commerciales, si la source est mentionnée.
Numéro OFS:	213-1719