

SÉNAT DE BELGIQUE

SESSION DE 2022-2023

7 FÉVRIER 2023

Proposition de résolution visant à prendre en compte le sexe et le genre dans le domaine de la santé

(Déposée par Mme Latifa Gahouchi et consorts)

DÉVELOPPEMENTS

I. JUSTIFICATION DE LA TRANSVERSALITÉ

En Belgique, la santé et l'égalité des chances sont des compétences transversales. Cela signifie qu'elles touchent à tous les niveaux de pouvoir. Ainsi, l'État fédéral tout comme les entités fédérées sont compétents pour œuvrer en faveur de la santé et de l'égalité des chances.

Prendre en compte le sexe et le genre dans le domaine de la santé implique aussi bien l'autorité fédérale que les entités fédérées.

II. INTRODUCTION

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a défini la santé pour la première fois en 1948 comme suit: «La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité (1).»

Cette définition a indéniablement évolué au fil du temps.

Auparavant vue comme un objectif en soi, la santé est plutôt perçue aujourd'hui comme un moyen d'épanouissement.

(1) Source: <https://www.who.int/fr/about/governance/constitution>.

BELGISCHE SENAAT

ZITTING 2022-2023

7 FEBRUARI 2023

Voorstel van resolutie om inzake gezondheid rekening te houden met geslacht en gender

(Ingediend door mevrouw Latifa Gahouchi c.s.)

TOELICHTING

I. VERANTWOORDING VAN DE TRANSVERSALITEIT

In België zijn gezondheid en gelijke kansen transversale bevoegdheden. Dit betekent dat alle beleidsniveaus hierbij betrokken zijn. Zowel de Federale Staat als de deelstaten zijn dus bevoegd om op te treden voor gezondheid en gelijke kansen.

Rekening houden met gender en geslacht wanneer het om gezondheid gaat, is een zaak van zowel de federale overheid als de deelstaten.

II. INLEIDING

De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) omschreef gezondheid voor het eerst in 1948 als volgt: «*Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity* (1).»

Deze definitie is in de loop der tijd onmiskenbaar veranderd.

Vroeger werd gezondheid gezien als een doel op zich, maar tegenwoordig wordt het veeleer gezien als een middel om zich te ontplooiën.

(1) Bron: <https://www.who.int/about/governance/constitution>.

En outre, la santé est de plus en plus considérée dans une perspective bio-psycho-sociale (2).

Cela signifie que la dimension biologique ne constitue qu'une des modalités de l'état de santé d'une personne. Les dimensions sociales et psychologiques sont aussi prises en compte dans la compréhension des maladies et du trajet de soins des individus (3).

Pourtant, le sexe (la dimension biologique) et le genre (la dimension sociale) peinent à être pris en considération dans le domaine de la santé: ils sont tantôt sous-évalués, tantôt teintés de stéréotypes, laissant bien souvent peu de place à la nuance.

Cet état de fait s'illustre de nombreuses manières, et notamment: le renoncement à des soins par les familles monoparentales, la prédominance de la dépression chez les femmes, la méconnaissance de l'endométriose et d'autres maladies féminines, la prévalence des maladies cardio-vasculaires chez les femmes plutôt que chez les hommes, la sous-représentation des femmes et des personnes transgenres et intersexes dans les recherches cliniques, etc.

Et, si les femmes constituent le public le plus souvent oublié en matière de santé, certains stéréotypes touchent également les patients masculins: l'ignorance de l'ostéoporose chez les hommes, par exemple.

Il semble donc aujourd'hui primordial de clarifier certaines notions, et entre autres:

- quelles sont les différences biologiques entre les hommes et les femmes?
- pourquoi est-il important de prendre en compte les dimensions de sexe et de genre dans le domaine de la santé?
- quelles sont les influences de ces dimensions dans un parcours de soins, et en particulier chez les femmes?

En outre, l'égalité des sexes et des genres signifie l'égalité des droits, des responsabilités et des chances entre tous (4). Elle est le fondement nécessaire d'un monde durable, pacifique, prospère et sain où personne n'est laissé de côté.

(2) Pour en savoir plus sur les deux approches médicales: Colard, F., «Penser la santé autrement: vers une approche globale et féministe?», *Analyse FPS*, 2017, <https://bit.ly/3EbYjrY>.

(3) Vidal, C., et Salle, M., *Femmes et santé, encore une affaire d'hommes?*, Paris, Belin Éditeur, 2017.

(4) UN Women, *Gender Equality Glossary*, <https://trainingcentre.unwomen.org/mod/glossary/view.php?id=36>.

Bovendien wordt gezondheid steeds meer bekeken vanuit een bio-psychosociaal perspectief (2).

Dit betekent dat de biologische dimensie slechts één van de modaliteiten van iemands gezondheidstoestand is. Om ziektes en het zorgtraject van een mens te begrijpen, wordt ook rekening gehouden met de sociale en psychologische dimensies (3).

Geslacht (de biologische dimensie) en gender (de sociale dimensie) worden echter amper in aanmerking genomen wanneer het over gezondheid gaat: ze worden soms onderschat, soms gestereotypeerd waarbij vaak weinig ruimte voor nuance bestaat.

Dit komt op heel wat manieren tot uiting, zoals: eenoudergezinnen die aan zorg verzaken, depressies die overwegend bij vrouwen voorkomen, onwetendheid over endometriose en andere vrouwenziektes, de prevalentie van hart- en vaatziektes bij vrouwen veeleer dan bij mannen, de ondervertegenwoordiging van vrouwen, transgenders en intersekse personen in klinisch onderzoek, enz.

En hoewel vrouwen inzake gezondheid het vaakst worden vergeten, hebben sommige stereotyperingen ook betrekking op mannelijke patiënten: onwetendheid over osteoporose bij mannen bijvoorbeeld.

Daarom lijkt het vandaag van essentieel belang bepaalde begrippen te verduidelijken, zoals:

- wat zijn de biologische verschillen tussen mannen en vrouwen?
- waarom is het belangrijk rekening te houden met de dimensies geslacht en gender op het vlak van gezondheid?
- welke invloed hebben die dimensies op een zorgtraject, in het bijzonder bij vrouwen?

Daarnaast betekent de gelijkheid van genders en geslachten ook gelijke rechten, verantwoordelijkheden en kansen voor iedereen (4). Zij vormt de noodzakelijke basis voor een duurzame, vreedzame, welvarende en gezonde wereld waarin niemand wordt achtergelaten.

(2) Voor meer informatie over beide medische benaderingen: Colard, F., «Penser la santé autrement: vers une approche globale et féministe?», *Analyse FPS*, 2017, <https://bit.ly/3EbYjrY>.

(3) Vidal, C., en Salle, M., *Femmes et santé, encore une affaire d'hommes?*, Parijs, Belin Éditeur, 2017.

(4) UN Women, *Gender Equality Glossary*, <https://trainingcentre.unwomen.org/mod/glossary/view.php?id=36>.

Elle est un droit fondamental, entériné dans la Déclaration universelle des droits de l’homme, et elle est indispensable pour atteindre tous les objectifs de développement durable (ODD).

En effet, «la jouissance du niveau de santé le plus élevé appartient aux droits fondamentaux de tout être humain, sans distinction de race, de religion, d’appartenance politique, de condition sociale ou économique; les progrès de la science et des techniques doivent se mettre au service de la qualité des soins et de la médecine, en particulier pour la santé des femmes» (5).

Notons par ailleurs que le genre est un déterminant des inégalités en santé, aussi bien à lui tout seul qu’en association (on parle alors de «phénomène d’intersectionnalité») avec la condition socioéconomique, l’âge, l’appartenance ethnique, le handicap, l’orientation sexuelle, etc.

Aussi, la crise de la Covid-19 a par exemple eu des conséquences indéniables sur la santé des femmes, et notamment leur santé mentale. Les chiffres montrent que le bien-être mental des femmes a été beaucoup plus affecté que celui des hommes: 56,6 % des femmes constatent un impact négatif contre 47,8 % des hommes. Cela est d’autant plus vrai chez les cheffes de familles monoparentales (6).

La présente proposition de résolution a pour principaux objectifs:

- d’expliquer comment la prise en compte des dimensions de sexe et de genre ainsi que leur articulation commune sont déterminantes dans la lutte contre les inégalités de santé;
- de dégager des pistes de solutions concrètes en la matière.

III. FEMMES: LES OUBLIÉES DE LA SANTÉ

Dans un documentaire télévisé de Véronique Préault intitulé «Femmes: les oubliées de la santé», il est clairement expliqué que partout dans le monde – en matière de santé – naître femme est un désavantage (7).

(5) Déclaration universelle de l’Organisation des Nations unies pour l’éducation, la science et la culture (UNESCO) sur la bioéthique et les droits de l’homme, 2006.

(6) <https://statbel.fgov.be/fr/nouvelles/la-sante-mentale-des-femmes-et-des-jeunes-ete-affectee-negativement-par-le-covid-19>.

(7) France 5, *Le Monde en face*, «Les oubliées de la santé».

Zij is een grondrecht, verankerd in de Universele Verklaring van de rechten van de mens, en essentieel om alle doelstellingen inzake duurzame ontwikkeling (DDO) te halen.

Want: «*Taking into account that the enjoyment of the highest attainable standard of health is one of the fundamental rights of every human being without distinction of race, religion, political belief, economic or social condition, progress in science and technology should advance: access to quality health care and essential medicines, especially for the health of women [...] (5).*»

Gender is bovendien een bepalende factor voor ongelijkheid op het vlak van gezondheid, zowel op zich als in combinatie met sociaal-economische status, leeftijd, etnische achtergrond, handicap, seksuele geaardheid, enz. («intersectionaliteit» genoemd).

De Covid-19 crisis, bijvoorbeeld, heeft ook een onmiskenbare impact gehad op de gezondheid van vrouwen, en meer bepaald op hun geestelijke gezondheid. Uit cijfers blijkt dat het mentale welzijn van vrouwen veel meer te lijden had dan dat van mannen: 56,6 % van de vrouwen stelt een negatief effect vast, tegenover 47,8 % van de mannen. Dit geldt vooral voor eenoudergezinnen (6).

Dit voorstel van resolutie heeft als belangrijkste doelstellingen:

- uitleggen dat de dimensies geslacht en gender en hun onderlinge samenhang doorslaggevend zijn in het bestrijden van ongelijkheden inzake gezondheid;
- concrete oplossingen ter zake vinden.

III. VROUWEN: DOOR DE ZORG UIT HET OOG VERLOREN

In een televisiedocumentaire van Véronique Préault met als titel «*Femmes: les oubliées de la santé*», wordt duidelijk uitgelegd dat – wat gezondheidszorg betreft – het overal ter wereld een nadeel is als vrouw geboren te worden (7).

(5) Universele Verklaring over bio-ethiek en de mensenrechten van de *United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization* (UNESCO), 2006.

(6) <https://statbel.fgov.be/nl/nieuws/mentale-gezondheid-van-vrouwen-en-jongeren-lijdt-onder-covid-19>.

(7) France 5, *Le Monde en face*, «Les oubliées de la santé».

Peu écoutées, parfois insuffisamment informées, souvent moins bien diagnostiquées que les hommes, généralement moins rapidement soignées, beaucoup de femmes échappent malheureusement aux radars médicaux.

En 2021, l'espérance de vie à la naissance était de 81,7 ans en Belgique. Elle était 4,8 ans plus élevée chez les femmes (84,0 ans) que chez les hommes (79,2 ans). L'espérance de vie a augmenté plus rapidement chez les hommes que chez les femmes. Entre 2000 et 2021, elle a augmenté de 4,6 ans chez les hommes et de 3,1 ans chez les femmes, réduisant ainsi l'écart entre les sexes (8).

En effet, à force de répéter que les femmes vivent plus longtemps que les hommes (ce qui est vrai), on en oublie de préciser que leur espérance de vie en bonne santé est, elle, égale à celle des hommes.

Ainsi, en 2018, l'espérance de vie en bonne santé, sans incapacité, à l'âge de 65 ans en Belgique était de 12,5 ans pour les hommes et 12,4 ans pour les femmes. Les hommes et les femmes peuvent donc espérer vivre respectivement 68 % et 57 % du restant de leur vie en bonne santé (9).

Cela qui signifie que les femmes passent leur «supplément de vie» en mauvaise santé.

Allant d'errances diagnostiques en prises en charge médicales tardives, l'inégalité des genres semble bel et bien être un fait avéré en matière de santé.

Et certaines constatations sont négligées: les accidents cardiaques ont triplé depuis quinze ans chez les femmes de moins de cinquante ans; un tiers des femmes meurent de maladies cardio-vasculaires (infarctus et accidents vasculaires-cérébraux); moins nombreuses que les hommes à être victimes d'un accident cardiaque, les femmes sont en revanche plus nombreuses à en mourir; le nombre de cancers du poumon, s'il stagne chez les hommes, explose chez les femmes, y compris les non-fumeuses, etc.

Alors, comment concilier ces données (parfois paradoxales) et expliquer qu'être une femme soit aujourd'hui encore un désavantage en matière de santé?

On peut pointer les inégalités sociales et la précarité économique qui touchent principalement les femmes

Er wordt weinig naar vrouwen geluisterd, soms zijn ze onvoldoende geïnformeerd, vaak is hun diagnose minder goed dan die van mannen, meestal worden ze minder snel verzorgd. Helaas blijven heel wat vrouwen onzichtbaar op de medische radar.

De levensverwachting bij de geboorte was in België in 2021 81,7 jaar. Voor vrouwen (84,0 jaar) was ze 4,8 jaar hoger dan voor mannen (79,2 jaar). Voor mannen is de levensverwachting sneller gestegen dan voor vrouwen. Tussen 2000 en 2021 steeg ze voor mannen met 4,6 jaar en voor vrouwen met 3,1 jaar, zodat het verschil tussen de geslachten afnam (8).

Men blijft immers herhalen dat vrouwen langer leven dan mannen (wat waar is), maar men vergeet erbij te zeggen dat hun gezonde levensverwachting gelijk is aan die van mannen.

Zo was de gezonde levensverwachting, zonder zware kwalen, in België op de leeftijd van 65 jaar 12,5 jaar voor mannen en 12,4 jaar voor vrouwen. Mannen en vrouwen kunnen dus verwachten dat ze respectievelijk 68 % en 57 % van de rest van hun leven in goede gezondheid zullen doorbrengen (9).

Dat betekent dat vrouwen hun «extra leven» in slechte gezondheid doorbrengen.

Van ondermaatse diagnoses tot laattijdige medische zorg: de genderongelijkheid in de gezondheidszorg blijkt wel degelijk bewezen te zijn.

En bepaalde vaststellingen worden dan nog onvoldoende onderkend: op vijftien jaar tijd zijn de hartfalingen bij vrouwen jonger dan vijftig jaar verdrievoudigd; een derde van de vrouwen sterft aan hart- en vaatziekten (infarcten en beroerten); vrouwen worden minder dan mannen het slachtoffer van hartfalen, maar vrouwen sterven er vaker aan; het aantal longkankers bij mannen stagneert, maar bij vrouwen explodeert het, ook bij niet-rooksters, enz.

Hoe kan men dan die (soms paradoxale) gegevens samenbrengen en uitleggen waarom het vandaag op het gebied van de gezondheid nog nadelig is vrouw te zijn?

Men kan wijzen op de sociale ongelijkheid en de economische kwetsbaarheid die vooral vrouwen treft (zij

(8) <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/État-de-sante/esperance-de-vie-et-qualite-de-vie/esperance-de-vie>.

(9) <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/État-de-sante/esperance-de-vie-et-qualite-de-vie/esperance-de-vie-en-bonne-sante>.

(8) <https://www.gezondbelgie.be/nl/gezondheidstoestand/levensverwachting-en-levenskwiteit/levensverwachting>.

(9) <https://www.gezondbelgie.be/nl/gezondheidstoestand/levensverwachting-en-levenskwiteit/gezonde-levensverwachting>.

(public majoritaire au sein des «travailleurs pauvres» et au sein du public adulte composant les familles monoparentales).

On peut aussi mettre en évidence la charge mentale, le surmenage, l'injonction à l'efficacité non seulement professionnelle mais aussi familiale, éducative et domestique qui pèsent sur les femmes.

Il y a aussi des préjugés qui ont la vie dure. On juge par exemple les femmes plus sujettes aux émotions, au stress, à la somatisation, aux irrégularités d'humeur, etc. Des préjugés qu'elles intériorisent trop souvent au point de minimiser ou de taire une douleur.

Enfin, il y a plus inquiétant encore: certains préjugés ont cours chez les médecins eux-mêmes, dont le diagnostic peut de ce fait être faussé au point de leur faire soupçonner – par exemple – un infarctus chez un homme, mais une crise d'angoisse chez une femme. C'est d'autant plus grave que les symptômes des femmes peuvent être différents de ceux des hommes, prêter à confusion et être plus difficiles à décrypter.

Comme le souligne Claire Mounier-Véhier, cardiologue et professeure des universités en médecine vasculaire à l'Université de Lille, pendant longtemps (et encore aujourd'hui) «la santé de la femme n'était regardée qu'au travers ses organes de reproduction et les seins; c'est ce qu'on appelait la médecine bikini».

La neurobiologiste Catherine Vidal (du comité d'éthique de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale – INSERM, France) va dans le même sens et confirme que les femmes ont très longtemps été «exclues des tests sur les médicaments, sous prétexte que leurs variations hormonales biaisaient les résultats».

Depuis les années 1990, sous la pression notamment des féministes américaines, les femmes sont incluses à 50 % dans les essais.

Mais il est interpelant de constater qu'en 2022, la discrimination genrée en matière de santé reste encore bien ancrée dans notre société.

La médecine fortement «sexuée» et longtemps focalisée sur la grossesse, la contraception, les maladies sexuellement transmissibles, l'utérus – les fonctions reproductrices, en somme – et les seins, a appris aux femmes à se préoccuper de leur corps et de leur santé principalement

zijn de meerderheid van de «werkende armen» en van de volwassenen in eenoudergezinnen).

Men kan ook de nadruk leggen op de mentale druk, de overbelasting, de opgelegde efficiëntie niet alleen in het beroep maar ook in het gezin, de opvoeding en het huishouden, die op vrouwen wegen.

Tevens zijn er de hardnekkige vooroordelen. Men oordeelt bijvoorbeeld dat vrouwen meer last hebben van emoties, stress, somatisering, stemmingswisselingen, enz. Het zijn vooroordelen die ze al te vaak interioriseren, zodat ze pijn minimaliseren of verzwijgen.

Wat tot slot nog verontrustender is: er zijn bepaalde vooroordelen bij de artsen zelf. Hun diagnose kan daardoor zozeer vertekend worden dat ze – bijvoorbeeld – bij een man een hartinfarct vermoeden, maar bij een vrouw een angstaanval. Dat is heel erg, omdat de symptomen van vrouwen kunnen verschillen van die van mannen, tot verwarring kunnen leiden en moeilijker te interpreteren kunnen zijn.

Zoals Claire Mounier-Véhier, cardiologue en hoogleraar vasculaire geneeskunde aan de *Université de Lille*, benadrukt, werd de gezondheid van de vrouw al te lang – en dat geldt ook vandaag nog – doorheen haar voortplantingsorganen en haar borsten bekeken. Dat heet «bikinigeneeskunde».

De neurobiologe Catherine Vidal (van het comité ethiek van het Franse *Institut national de la santé et de la recherche médicale* – INSERM) is een vergelijkbare mening toegedaan en bevestigt dat vrouwen heel lang van geneesmiddelentests uitgesloten bleven, onder het voorwendsel dat hun hormoonschommelingen de resultaten vertekenden.

Onder druk van onder andere de Amerikaanse feministen zijn vrouwen sinds de jaren 1990 voor 50 % in de tests opgenomen.

Het is echter erg te moeten vaststellen dat gendergerelateerde discriminatie op het gebied van gezondheid in 2022 nog steeds diep geworteld blijft in onze samenleving.

Een in hoge mate «geslachtelijke» en lang op zwangerschap, contraceptie, seksueel overdraagbare aandoeningen, de uterus – kortom, op de voortplantingsfuncties – en op de borsten geconcentreerde geneeskunde heeft de vrouwen geleerd zorg te dragen voor hun lichaam en

(et parfois exclusivement) sous l'aspect du genre. Et cette idée persiste dans l'inconscient collectif.

Comment rappeler à la société actuelle que les femmes ont aussi un cœur, des poumons, des artères, etc., et ainsi gommer les différences dans leur prise en charge médicale?

Les choses ne sont pas simples. Et, il devrait plutôt s'agir de soigner les femmes et les hommes en tant que tels, avec des «lunettes genrées». Car, ce que désignent certains praticiens, c'est en réalité un biais de genre dont souffrirait la médecine et qui aurait des conséquences parfois funestes. Un biais qui a retardé la prise en compte de la parole des femmes au sujet de leur douleur, qui a longtemps fait ignorer l'endométriose (qui touche 10 % d'entre elles), qui se manifeste par leur sous-représentation dans les essais cliniques, qui pousse à administrer des anti-douleurs plus forts à un homme qu'à une femme ou encore qui associe à tort des pathologies à une catégorie plutôt qu'à une autre.

Comment s'en étonner devant des ouvrages d'anatomie où des générations de médecins ont appris leur métier et où sont représentés quasi exclusivement des corps masculins? De Léonard de Vinci à aujourd'hui, l'homme universel reste bien ... un homme!

IV. LES DIFFÉRENCES BIOLOGIQUES

Les différences entre les hommes et les femmes peuvent s'expliquer par des facteurs biologiques (liés spécifiquement au fonctionnement du corps dans son ensemble), des facteurs socioculturels (éducation, pratiques, comportements, mode de vie, etc.) et environnementaux (l'influence du logement, du milieu de vie, etc.) et bien souvent, par la combinaison de ces éléments.

Selon l'INSERM (10), le sexe désigne «les caractéristiques biologiques (chromosomes, organes génitaux, hormones, fonctions reproductives) qui différencient les mâles des femelles, y compris dans l'espèce humaine».

Quant au spectre du genre (ou des genres), il correspond aux différences «non-biologiques», c'est-à-dire qu'il s'agit de l'ensemble des processus de construction sociale et culturelle des identités et des rapports sociaux entre les hommes et les femmes au sein d'une société donnée.

(10) INSERM, «Genre et santé: prendre en compte les différences, pour mieux combattre les inégalités», article en ligne, 2017, <https://www.inserm.fr/dossier/genre-et-sante/>.

gezondheid hoofdzakelijk (en soms uitsluitend) met het genderspectrum voor ogen. En dat idee blijft leven in het collectieve bewustzijn.

Hoe kunnen we de huidige samenleving eraan herinneren dat ook vrouwen een hart, longen, aders, enz., hebben en op die manier de verschillen in hun medische behandeling uitvlakken?

Het is niet zo eenvoudig. Het zou er veeleer om moeten gaan vrouwen en mannen als dusdanig te verzorgen, met een «genderbril» op. Want waar bepaalde artsen op wijzen, is in werkelijkheid een genderfout in de geneeskunde, met soms rampzalige gevolgen. Een fout die het luisteren naar het woord van vrouwen over hun pijn heeft belet, waardoor endometriose (die 10 % van hen treft) lang werd genegeerd, die tot uiting komt in hun ondervetegenwoordiging bij klinische tests, die ertoe leidt dat men mannen sterkere pijnstillers geeft dan vrouwen of die ten onrechte pathologieën eerder in verband brengt met een bepaalde categorie in plaats van met een andere.

Is dat verwonderlijk met anatomieboeken waarin generaties artsen hun vak hebben geleerd en bijna uitsluitend mannelijke lichamen worden afgebeeld? Van Leonardo da Vinci tot vandaag is de universele mens wel degelijk ... een man!

IV. BIOLOGISCHE VERSCHILLEN

De verschillen tussen mannen en vrouwen kunnen worden verklaard door biologische factoren (die specifiek met de werking van het lichaam als geheel te maken hebben), door sociaal-culturele factoren (opvoeding, praktijken, gedrag, levenswijze, enz.) en door milieufactoren (invloed van de woning, van de levensomgeving, enz.) en heel vaak door een combinatie van die factoren.

Volgens het INSERM (10) verwijst het geslacht naar de biologische kenmerken (chromosomen, geslachtsorganen, voortplantingsfuncties) die mannelijke organismen onderscheiden van vrouwelijke, de menselijke soort inbegrepen.

Het genderspectrum daarentegen verwijst naar de «niet-biologische» verschillen, dat wil zeggen dat het om het hele proces van de sociale en culturele constructie van de identiteit gaat en van de sociale verhoudingen tussen mannen en vrouwen in een bepaalde samenleving.

(10) INSERM, «Genre et santé: prendre en compte les différences, pour mieux combattre les inégalités», online artikel, 2017, <https://www.inserm.fr/dossier/genre-et-sante/>.

Il est important de rappeler que les sexes sont bien plus variables qu'une simple bi-catégorisation «hommes-femmes». Les personnes intersexes sont nées avec des caractères sexuels (génitaux, gonadiques ou chromosomiques) qui ne correspondent pas aux définitions binaires types des corps masculins ou féminins (11). Au niveau génétique, il existe environ 2 % personnes dans le monde considérées comme telles (12).

Communément, les différences biologiques entre les femmes et les hommes se situent à trois niveaux distincts:

A. Les organes reproducteurs

Les organes reproducteurs masculins et féminins sont les différences biologiques les plus visibles, car une partie des organes se situent «à l'extérieur» du corps.

B. Les hormones

Il existe un certain nombre d'hormones différentes dans le corps humain, dont deux hormones dites «sexuelles», l'œstrogène et la testostérone, qui permettent notamment d'enclencher la puberté chez les hommes et chez les femmes (et qui jouent un rôle central dans la reproduction).

Les œstrogènes, produites par les ovaires, ne jouent pas uniquement un rôle dans la reproduction: elles sont aussi impliquées dans le développement du système cardiovasculaire, du système nerveux central et ont notamment des effets sur le foie. Certaines études ont démontré l'effet protecteur des œstrogènes contre certaines maladies qui touchent les trois systèmes susmentionnés. Il est à noter que les œstrogènes sont présents chez les deux sexes, mais on en trouve en moyenne une quantité significativement plus importante chez les femmes que chez les hommes.

La testostérone, produite par les testicules (et à un degré moindre par les ovaires), est quant à elle la principale hormone sexuelle «mâle» (bien qu'elle soit largement présente chez les femmes également). Il est important de souligner que cette hormone reste sept à huit fois plus élevée chez l'homme (13). Outre le développement de la puberté chez les hommes, cette hormone peut avoir un

Het is van belang er nogmaals op te wijzen dat de geslachten heel wat variabelere zijn dan een eenvoudige «man-vrouw»-tweedeling. Intersekse personen worden geboren met seksuele (genitale, gonadale of chromosomale) kenmerken die niet beantwoorden aan de binaire standaarddefinities van de mannelijke of vrouwelijke lichamen (11). Genetisch wordt ongeveer 2 % van de mensen ter wereld als intersekse beschouwd (12).

De biologische verschillen tussen vrouwen en mannen bevinden zich doorgaans op drie verschillende niveaus.

A. De voortplantingsorganen

De mannelijke en vrouwelijke voortplantingsorganen zijn de zichtbaarste biologische verschillen, want een deel van die organen bevindt zich «aan de buitenkant» van het lichaam.

B. De hormonen

In het menselijk lichaam bevinden zich een aantal verschillende hormonen, waaronder twee zogenaamde «seksuele» hormonen, oestrogeen en testosteron, die de puberteit bij jongens en bij meisjes op gang brengen (en die een centrale rol spelen bij de voortplanting).

De oestrogenen, die door de eierstokken worden geproduceerd, spelen niet alleen een rol bij de voortplanting: ze zijn ook bij de ontwikkeling van het cardiovasculair stelsel en het zenuwstelsel betrokken en hebben onder andere een invloed op de lever. Bepaalde onderzoeken hebben aangetoond dat de oestrogenen een beschermende invloed hebben tegen bepaalde ziektes van de drie vermelde stelsels. Oestrogenen zijn bij beide geslachten aanwezig, maar gemiddeld vindt men er significant meer bij vrouwen dan bij mannen.

Testosteron, dat door de testikels geproduceerd wordt (en in mindere mate door de eierstokken), van zijn kant is het belangrijkste «mannelijke» seksueel hormoon (hoewel het ook bij vrouwen in hoge mate aanwezig is). Het is belangrijk te onderstrepen dat dit hormoon zeven tot acht keer meer aanwezig is bij de man (13). Dit hormoon veroorzaakt niet alleen de ontwikkeling van de

(11) Cottin, E., «LGBTQIA quoi? Quels mots employer pour parler de relations et de sexualités?», *Analyse FPS 2019*, <https://www.femmesprevoyantes.be/2019/09/02/analyse-2019-lgbtqia-quoi-quelsmots-employer-pour-parler-derelations-et-de-sexualites-1/>.

(12) <https://www.unfe.org/fr/intersex-awareness/>.

(13) Torjesen, P., et Sandnes, L., «Serum testosterone in women as measured by an automated immunoassay and a RIA», *Clinical Chemistry*, vol. 50, n° 3, 2004, <https://academic.oup.com/clinchem/article/50/3/678/5639804>.

(11) Cottin, E., «LGBTQIA quoi? Quels mots employer pour parler de relations et de sexualités?», *Analyse FPS 2019*, <https://www.femmesprevoyantes.be/2019/09/02/analyse-2019-lgbtqia-quoi-quelsmots-employer-pour-parler-derelations-et-de-sexualites-1/>.

(12) <https://www.unfe.org/intersex-awareness/>.

(13) Torjesen, P., en Sandnes, L., «Serum testosterone in women as measured by an automated immunoassay and a RIA», *Clinical Chemistry*, vol. 50, nr. 3, 2004, <https://academic.oup.com/clinchem/article/50/3/678/5639804>.

effet protecteur ou préventif contre certaines maladies: la testostérone semble principalement diminuer le risque d'infarctus du myocarde selon certaines études (14).

Notons aussi que les hormones sont également en partie responsables des différences entre les hommes et les femmes au niveau de la réponse immunitaire, et même de son adaptation aux différentes étapes de la vie. Une bonne immunité nous soutient tout au long de notre vie. Parmi les différentes hormones, les œstrogènes ont un effet stimulant sur la réponse immunitaire tandis que les androgènes (la testostérone) l'inhibent. Selon des informations disponibles, les femmes ont une meilleure réponse innée et adaptative face aux antigènes. Concrètement, la réaction inflammatoire initiale et la production d'anticorps sont plus importantes. Par la suite, lors du retour à l'homéostasie (15), la femme est capable de maintenir plus longtemps des réponses élevées qui sont à l'origine de maladies immunitaires, alors que l'homme peut présenter une réponse plus faible, avec un risque accru de persistance du virus. En général, les femmes sont donc moins touchées par les infections virales, bactériennes et parasitaires, et elles réagissent mieux aux vaccins pour la même raison. En revanche, elles sont davantage sujettes aux maladies auto-immunes (16).

C. L'ADN (acide désoxyribonucléique)

La différence de sexe réside au sein même du génome (une sorte de «carte d'identité génétique» stable et définitive) qui est présent dans chacune des cellules du corps humain (17). Cette carte d'identité a donc une influence sur de nombreuses fonctionnalités de l'organisme qu'il s'agisse d'une cellule de peau ou du cerveau par exemple. Chaque cellule est donc différente selon le nombre de chromosomes X ou Y dont elle dispose.

En d'autres termes, nous avons toutes et tous des cellules «sexuées» partout dans notre corps. Cette «carte d'identité génétique» ne va pas être forcément être lue de la

(14) Sharma, R., Oni, O., Gupta K. *et al.*, «Normalization of testosterone level is associated with reduced incidence of myocardial infarction and mortality in men», *European Heart Journal*, vol. 36, n° 40, 2015, <https://academic.oup.com/eurheartj/article/36/40/2706/2293361>.

(15) Définition: stabilisation, réglage chez les organismes vivants, de certaines caractéristiques physiologiques (pression artérielle, température, etc.).

(16) <https://www.monssystemeimmunitaire.fr/existe-t-il-des-differences-entre-le-systeme-immunitaire-des-hommes-et-celui-des-femmes/>.

(17) INSERM, *op. cit.*; Gineste, C., *L'impact du sexisme sur la qualité des soins en gynécologie* (Mémoire de master en Éthique du soin et de la recherche), Université de Toulouse, 2017; Abdoun, E., Cadu, F. *et al.*, «Médicaments. Ils soignent mieux les hommes que les femmes. Les biologistes révèlent l'injustice», *Sciences&Vie*, n° 1163, août 2014, <https://www.science-et-vie.com/archives/medicaments-ils-soignent-mieux-les-hommes-que-les-femmes-lesbiologistes-revelen-13131>.

puberté van de mannen, het kan ook een beschermende of preventieve factor zijn tegen bepaalde ziektes: volgens bepaalde onderzoeken lijkt testosteron vooral het risico op hartinfarcten te verminderen (14).

Het is ook zo dat hormonen gedeeltelijk verantwoordelijk zijn voor de verschillen tussen man en vrouw op het gebied van de immunitaire respons en zelfs voor de aanpassing ervan aan de diverse fasen van het leven. Een goede immuuniteit ondersteunt ons ons leven lang. De oestrogenen hebben een stimulerende invloed op het immuunrespons, terwijl de androgenen (testosteron) het afremmen. Volgens de beschikbare informatie hebben vrouwen een betere aangeboren en adaptieve respons op de antigenen. Concreet zijn de aanvankelijke ontstekingsreactie en de productie van antilichamen groter. Daarna, bij de terugkeer van de homeostase (15), is de vrouw in staat langer een hogere respons aan te houden, wat immunitaire ziektes veroorzaakt, terwijl de man een zwakkere respons kan hebben, met een hoger risico op het overleven van het virus. Over het algemeen worden vrouwen dus minder door virale, bacteriële en parasitaire infecties getroffen, en reageren ze om dezelfde reden beter op vaccins. Ze zijn daarentegen gevoeliger voor auto-immuunziekten (16).

C. Het DNA (desoxyribonucleïnezuur)

Het geslachtsverschil bevindt zich in het genoom zelf (een soort van stabiele en definitieve «genetische identiteitskaart») dat in elke cel van het menselijk lichaam aanwezig is (17). Die identiteitskaart heeft dus een invloed op talrijke functies van het organisme, ongeacht of het bijvoorbeeld om een huidcel dan wel om een hersencel gaat. Elke cel is dus verschillend, al naargelang het aantal X- of Y chromosomen dat hij bevat.

We hebben met andere woorden allemaal cellen met geslachtskenmerken in ons lichaam. Die «genetische identiteitskaart» zal niet noodzakelijk op dezelfde manier

(14) Sharma, R., Oni, O., Gupta K. *et al.*, «Normalization of testosterone level is associated with reduced incidence of myocardial infarction and mortality in men», *European Heart Journal*, vol. 36, nr. 40, 2015, <https://academic.oup.com/eurheartj/article/36/40/2706/2293361>.

(15) Definitie: stabilisering, regulering bij levende organismen van bepaalde fysiologische kenmerken (bloeddruk, temperatuur, enz.).

(16) <https://www.monssystemeimmunitaire.fr/existe-t-il-des-differences-entre-le-systeme-immunitaire-des-hommes-et-celui-des-femmes/>.

(17) INSERM, *op. cit.*; Gineste, C., *L'impact du sexisme sur la qualité des soins en gynécologie* (Masterscriptie zorg- en onderzoeksethiek), Universiteit van Toulouse, 2017; Abdoun, E., Cadu, F. *et al.*, «Médicaments. Ils soignent mieux les hommes que les femmes. Les biologistes révèlent l'injustice», *Sciences&Vie*, nr. 1163, augustus 2014, <https://www.science-et-vie.com/archives/medicaments-ils-soignent-mieux-les-hommes-que-les-femmes-lesbiologistes-revelen-13131>.

même manière selon le type de cellule (de peau, de foie, de cerveau, etc.) ou de certaines circonstances. Ainsi, dans tous les tissus (et non pas uniquement au niveau des organes reproducteurs), 30 % à 40 % des gènes des hommes et des femmes s'expriment différemment. Dans ce contexte, il est primordial de prendre en compte les différences de sexe selon les pathologies (et les organes qui sont affectés par celle-ci).

Outre les trois grandes différences biologiques évoquées ci-dessus, notons que d'autres facteurs, biologiques eux aussi, peuvent affecter la manière dont les femmes et les hommes réagissent à certaines maladies ou traitements médicamenteux: les variations de poids, le fonctionnement des organes, de certains traits génétiques, l'interaction avec d'autres médicaments, etc. Par exemple, le dosage de la pilule traditionnellement prescrite peut s'avérer inefficace chez les femmes en surpoids ou obèses (18). C'est donc un enjeu majeur de prendre en compte cette variable pour éviter des grossesses non désirées. Autre exemple: pour des raisons biologiques, les personnes originaires d'Asie du Sud-Est et d'Afrique sub-saharienne ont un risque plus élevé de développer une maladie cardio-vasculaire (19).

V. LES INTERACTIONS ENTRE LE SEXE ET LE GENRE: UN ENJEU COMPLEXE EN SANTÉ

Les interactions propres au sexe et celles propres au genre avec les maladies sont parfois difficiles à distinguer.

La première difficulté réside dans notre langue française. En effet, nous utilisons les mêmes mots «femmes» et «hommes» pour désigner à la fois les sexes biologiques et à la fois, le concept du genre. Contrairement à l'anglais: les sexes biologiques se disent «*female or male*» et les genres se traduisent par «*woman or man*».

Pour rappel, le spectre du genre se réfère à la représentation sociale du sexe. Il s'agit donc d'une expérience du genre (comment une personne est perçue en société lorsqu'elle est femme ou homme, ou entre les deux, ou les deux) et une identité de genre (comment une personne, à l'intérieur d'elle-même perçoit son genre

worden gelezen in verschillende celtypes (huid-, lever-, hersencel, enz.) of in verschillende omstandigheden. In alle weefsels (en niet alleen in de voortplantingsorganen) bijvoorbeeld komt 30 % tot 40 % van de genen van mannen en vrouwen anders tot uiting. Het is in die context primordiaal dat men naargelang van de pathologie (en van de organen die erdoor worden getroffen) rekening houdt met het geslachtsverschil.

Naast de drie hierboven vermelde grote biologische verschillen, kunnen ook andere, eveneens biologische factoren de wijze beïnvloeden waarop vrouwen en mannen op bepaalde ziektes of geneesmiddelen reageren: het verschil in gewicht, de werking van de organen, van bepaalde genetische eigenschappen, de interactie met andere geneesmiddelen, enz. De gewoonlijk voorgeschreven dosering van de pil bijvoorbeeld, kan inefficiënt blijken voor vrouwen met overgewicht of voor obese vrouwen (18). Het is dus heel belangrijk met die variabele rekening te houden, om ongewenste zwangerschappen te voorkomen. Een ander voorbeeld: om biologische redenen hebben personen afkomstig uit Zuidoost-Azië en uit Sub-Saharaans Afrika een hoger risico om een cardiovasculaire ziekte te krijgen (19).

V. INTERACTIES TUSSEN GESLACHT EN GENDER: EEN COMPLEX GEZONDHEIDSVRAAGSTUK

Het is soms moeilijk om een onderscheid te maken tussen de specifieke interacties van gender respectievelijk van geslacht en bepaalde ziektes.

Het eerste probleem vinden we in de Franse taal. We gebruiken immers dezelfde woorden, «*femmes*» en «*hommes*», zowel om het biologische geslacht als om het genderconcept te benoemen. In het Engels is dat niet zo: de biologische geslachten noemt men er «*female or male*» en de genders worden weergegeven door «*woman or man*».

Ter herinnering: het genderspectrum verwijst naar de maatschappelijke weergave van het geslacht. Het gaat dus om een ervaring van het gender (hoe een persoon in de samenleving wordt gezien wanneer hij vrouw of man is, zich tussen beide bevindt, of beide is) en naar een genderidentiteit (hoe een persoon voor zichzelf zijn

(18) Safuta, A., «Grosse, et alors? La grossophobie en tant qu'enjeu féministe», *Analyse FPS 2017*, <http://www.femmesprevoyantes.be/wp-content/uploads/2017/12/Analyse2017-Grossophobie.pdf>.

(19) Colard, F., «Femmes et maladies cardio-vasculaires. Quand une approche non genrée de la santé fait des ravages», *Étude FPS 2019*, <https://www.femmesprevoyantes.be/2019/09/25/etude-2019-femmes-et-maladies-cardio-vasculaires-quand-une-proche-non-genree-de-la-sante-fait-des-ravages>.

(18) Safuta, A., «Grosse, et alors? La grossophobie en tant qu'enjeu féministe», *Analyse FPS 2017*, <http://www.femmesprevoyantes.be/wp-content/uploads/2017/12/Analyse2017-Grossophobie.pdf>.

(19) Colard, F., «Femmes et maladies cardio-vasculaires. Quand une approche non genrée de la santé fait des ravages», *Étude FPS 2019*, <https://www.femmesprevoyantes.be/2019/09/25/etude-2019-femmes-et-maladies-cardio-vasculaires-quand-une-proche-non-genree-de-la-sante-fait-des-ravages>.

et s'identifie comme femme, homme, les deux, entre les deux, etc.).

Dans un premier temps, nous arrivons à distinguer que les différences biologiques favorisent certaines maladies ou certains symptômes (qu'il s'agisse de maladies qui touchent les deux sexes ou spécifiquement l'un ou l'autre comme l'endométriose ou le cancer de la prostate).

Le genre, quant à lui, influence la manière dont les patients vont être pris en charge par les prestataires de soins et la manière dont les patientes peuvent verbaliser les symptômes.

Certains stéréotypes de genre peuvent aussi être présents lors d'une consultation médicale du côté des patients (si le prestataire de soins est une femme, on a tendance à forcément penser qu'elle est infirmière alors que l'homme sera plus souvent considéré d'emblée comme le médecin) ou du côté des professionnels de la santé (une douleur exprimée par une patiente est exagérée, elle supporte moins bien la douleur, etc.).

Toutefois, quand on analyse concrètement une maladie et son parcours de soins, la réalité est un mélange complexe des facteurs biologiques et des constructions sociales. En effet, les deux s'influencent de manière réciproque.

Selon l'INSERM, «le biologique influence le social et le social influence le biologique» (20). Par exemple, des tests d'aptitude montrent que, globalement, les capacités d'orientation spatiale sont meilleures chez les garçons que chez les filles, semblant ainsi donner raison à un stéréotype bien courant. Mais lorsque l'on étudie ces capacités chez les filles qui ont été entraînées avec des jeux vidéo, les scientifiques constatent que les résultats des tests sont équivalents à ceux des garçons.

Preuve en est que la différence de résultats n'est pas liée au sexe, mais à une différence de pratique culturelle.

Depuis plus de dix ans, les études par imagerie par résonance magnétique (IRM) ont démontré que notre cerveau est propre à chacun: il peut exister moins de différences entre les cerveaux d'un homme et d'une femme qu'entre ceux de deux personnes du même sexe!

gender ziet en zich identificeert als vrouw, man, beide of tussen beide, enz.).

We hebben al gezien dat biologische verschillen bepaalde ziektes of symptomen in de hand werken (ziektes die beide geslachten treffen of die specifiek het ene of het andere geslacht treffen, zoals endometriose of prostaatkanker).

Het gender van zijn kant beïnvloedt de wijze waarop patiënten worden opgevangen door zorgverstrekkers en de wijze waarop de patiënten de symptomen onder woorden kunnen brengen.

Bepaalde stereotypen kunnen bij een medisch consult ook bij de patiënten voorkomen (wanneer de zorgverstrekker een vrouw is, heeft men de neiging ervan uit te gaan dat ze verpleegster is, terwijl de man meestal meteen als de arts zal worden gezien) of bij de gezondheidswerkers (een patiënte overdrijft de pijn waaraan ze lijdt, ze kan minder goed tegen pijn, enz.).

Wanneer men echter een ziekte en haar zorgtraject concreet analyseert, dan is de werkelijkheid een complexe combinatie van biologische factoren en sociale constructies. Beide beïnvloeden elkaar immers.

Volgens het INSERM beïnvloedt het biologische aspect het sociale aspect en omgekeerd (20). Bekwaamheidstests tonen bijvoorbeeld aan dat het vermogen tot ruimtelijk inzicht bij jongens globaal beter is dan bij meisjes, wat een veel voorkomend stereotype lijkt te bevestigen. Wanneer men echter dat vermogen onderzoekt bij meisjes die met videospelletjes getraind werden, dan stellen wetenschappers vast dat de testresultaten vergelijkbaar zijn met die van jongens.

Dat bewijst dat het verschil in resultaat niets met het geslacht te maken heeft, maar met een verschil van culturele praktijk.

Sinds meer dan tien jaar hebben onderzoeken met beeldvorming door middel van magnetische resonantie (MRI) aangetoond dat onze hersenen bij elk individu anders zijn: het is mogelijk dat er minder verschillen zijn tussen de hersenen van een man en een vrouw dan tussen die van twee personen van hetzelfde geslacht!

(20) Dupuy Maury, F., «Sexe et genre: mieux soigner les femmes et les hommes», *Sciences & Santé magazine* (INSERM), n° 38, 2017, <https://bit.ly/3OhyNGj>.

(20) Dupuy Maury, F., «Sexe et genre: mieux soigner les femmes et les hommes», *Sciences & Santé magazine* (INSERM), nr. 38, 2017, <https://bit.ly/3OhyNGj>.

Cet exemple frappant montre à quel point l'intrication du genre et du sexe doit être introduite dans les recherches scientifiques et cliniques, tout en faisant extrêmement attention à ne pas induire de discriminations ou à biaiser les recherches par des stéréotypes.

Il est important de ne pas confondre différences et inégalités, ni de justifier les inégalités sociales par l'invocation de facteurs biologiques.

VI. UN PARCOURS DE SOINS INÉGAL ENTRE HOMMES ET FEMMES

Les nuances susmentionnées que revêtent les concepts de sexe et de genre peuvent aussi s'appliquer aux parcours de soins (prévention, prise en charge, traitement).

Comme énoncé en début de texte: les femmes vivent généralement plus longtemps, mais en moins bonne santé que les hommes. Autrement dit, elles meurent plus tard que ces derniers, mais elles souffrent davantage de maladies chroniques qui peuvent se déclencher à différents stades de leur vie (21).

Certaines de ces maladies chroniques peuvent se développer à la suite d'une ou plusieurs expositions à la violence (violences conjugales et intrafamiliales, agressions ou harcèlement sexuel dans l'espace public ou la sphère professionnelle, les exemples ne manquent pas).

N'oublions pas que plus d'une femme sur trois (22) a subi des violences physiques ou sexuelles et plus d'une femme sur deux déclare subir ou avoir subi des violences psychologiques de la part de son partenaire.

En termes de prévention, il a été longtemps considéré que les hommes sont plus concernés que les femmes par certains facteurs de risques (tabac, alcool, stress, etc.). Or, prenons l'exemple du tabac: 23 % des hommes et 21 % des femmes fument régulièrement. Ces dernières en consomment plus jeunes et plus régulièrement que les hommes et elles ont une plus grande difficulté à se sevrer, car le tabac constitue «un anti-stress» et un «anti-prise de poids». De quoi relativiser cette idée reçue, pourtant bien tenace (23).

Ensuite, la prise en charge médicale est moins bonne chez les femmes que chez les hommes (cela dépend de la connaissance des symptômes et des maladies à prendre

Dit treffend voorbeeld toont aan hoezeer er bij elk wetenschappelijk en klinisch onderzoek rekening moet worden gehouden met de verwevenheid van gender en geslacht, terwijl men tegelijk moet voorkomen dat er discriminatie ontstaat of onderzoek door stereotypen wordt vertekend.

Het is belangrijk om het onderscheid te blijven maken tussen verschillen en ongelijkheden, en om sociale ongelijkheid niet te legitimeren door biologische factoren.

VI. EEN ONGELIJK ZORGTRAJECT VOOR MANNEN EN VROUWEN

De bovengenoemde nuances van geslacht en gender kunnen ook worden toegepast op zorgtrajecten (preventie, zorg, behandeling).

Zoals aan het begin van de tekst staat: vrouwen leven over het algemeen langer, maar met een slechtere gezondheid dan mannen. Met andere woorden, zij sterven later dan mannen, maar lijden meer aan chronische ziektes die in verschillende fasen van hun leven kunnen ontstaan (21).

Sommige van deze chronische ziektes kunnen zich ontwikkelen als gevolg van een of meer blootstellingen aan geweld (huiselijk geweld, seksueel geweld of intimidatie in de openbare ruimte of op het werk, enz.)

Laten we niet vergeten dat meer dan één vrouw op drie (22) fysiek of seksueel is misbruikt en meer dan één vrouw op twee zegt dat zij psychisch werd of wordt misbruikt door haar partner.

Wat preventie betreft, wordt er al lang van uitgegaan dat mannen meer dan vrouwen te maken hebben met bepaalde risicofactoren (tabak, alcohol, stress, enz.). Laten we echter het voorbeeld van tabak nemen: 23 % van de mannen en 21 % van de vrouwen rookt regelmatig. Vrouwen roken op jongere leeftijd en regelmatig dan mannen, en hebben meer moeite om van hun verslaving af te raken, omdat tabak een middel tegen stress en gewichtstoename is. Dit relativeert het cliché, dat nochtans zeer hardnekkig blijft (23).

Ten tweede is de medische behandeling voor vrouwen slechter dan voor mannen (dit hangt af van de kennis van de te behandelen symptomen en ziektes). Een

(21) Vidal, C., et Salle, M., *op. cit.*

(22) Boever, É., «Viols en Belgique: selon *Amnesty*, une femme sur 4 violée par son conjoint», RTBF, article en ligne, 2019, https://www.rtbf.be/info/societe/detail_viols-en-belgique-selon-amnesty-4-femmes-sur10?id=10369099.

(23) Vidal, C., et Salle, M., *op. cit.*

(21) Vidal, C., en Salle, M., *op. cit.*

(22) Boever, É., «Viols en Belgique: selon *Amnesty*, une femme sur 4 violée par son conjoint», RTBF, online artikel, 2019, https://www.rtbf.be/info/societe/detail_viols-en-belgique-selon-amnesty-4-femmes-sur10?id=10369099.

(23) Vidal, C., en Salle, M., *op. cit.*

en charge). Par exemple, une maladie cardio-vasculaire (un infarctus ou un accident vasculaire cérébral – AVC) peut être moins bien prise en charge chez une femme, car on la considère davantage comme une maladie présente chez les hommes. Or, ce n'est pas le cas: cela résulte de stéréotypes véhiculés dans la société.

De plus, des études ont prouvé la remise en question récurrente des douleurs exprimées par les femmes. Dans ce contexte, les symptômes des femmes malades peuvent être moins pris en compte par les professionnels de la santé. Cela affecte évidemment le diagnostic final.

Un enjeu non-négligeable dans un parcours de soins est en outre celui du temps. Pour certaines maladies, la prise en charge médicale des femmes peut être significativement retardée: dans le cas d'un AVC, les femmes peuvent attendre deux fois plus longtemps que les hommes aux urgences avant d'être enfin prises en charge. Elles sont ensuite diagnostiquées moins rapidement que les hommes, voire très tardivement selon les pathologies en action. Par exemple, de nombreuses femmes consultent pour mettre fin à des douleurs au niveau de leur vulve et ne trouvent jamais de réponse à leurs questions. Il s'agit d'une «errance de diagnostic»: cela correspond à la situation des personnes qui souffrent pendant un certain temps sans qu'aucun professionnel n'ait pu diagnostiquer la maladie en cause, et donc la traiter. Cela peut durer plusieurs années, voire toute une vie. L'endométriose (qui est une maladie biologiquement féminine) connaît une errance de diagnostic de sept ans en moyenne. Cette situation entraîne également une «errance thérapeutique», car une maladie qui n'est pas diagnostiquée ne peut pas être traitée.

Un autre facteur déterminant dans un parcours de soins concerne certains examens prescrits aux patients. En effet, certains examens ne permettent pas toujours de détecter correctement leurs maladies. Prenons les cancers colorectaux qui sont le cinquième cancer le plus fréquent en Belgique (24). Selon le sexe, la localisation de la tumeur diffère: pour les hommes, celle-ci se trouve davantage près du rectum (54 %), mais pour les femmes, c'est plus souvent dans le colon (56 %). Or, des scientifiques canadiens ont démontré en 2010 que la coloscopie (une sonde utilisée pour dépister les cancers) est moins efficace pour détecter les tumeurs au niveau du colon (25). Principalement chez les femmes, donc.

hart- en vaatziekte (een hartaanval of een beroerte) wordt bijvoorbeeld soms minder goed behandeld bij vrouwen, omdat zij meer als een mannenziekte wordt beschouwd. Dit is echter niet het geval: dat beeld komt voort uit stereotypen in de samenleving.

Bovendien hebben studies aangetoond dat de pijn van vrouwen vaak in twijfel wordt getrokken. In deze context houden gezondheidswerkers wellicht minder rekening met de symptomen van zieke vrouwen. Dit is uiteraard van invloed op de uiteindelijke diagnose.

Een ander belangrijk punt in het zorgproces is tijd. Bij sommige ziektes kan de medische behandeling van vrouwen aanzienlijke vertraging oplopen: in het geval van een beroerte kunnen vrouwen twee keer zo lang als mannen op spoedeisende hulp wachten voordat ze eindelijk worden behandeld. Zij worden dan minder snel gediagnosticeerd dan mannen, of zelfs heel laat, afhankelijk van de aanwezige pathologieën. Veel vrouwen zoeken bijvoorbeeld hulp voor pijn in hun vulva en vinden nooit een antwoord op hun vragen. Dit staat bekend als «diagnostische dwaling»: het is de situatie van mensen die gedurende een bepaalde periode lijden zonder dat een professional de betreffende ziekte kan diagnosticeren en dus behandelen. Dit kan meerdere jaren of zelfs levenslang duren. Endometriose (een biologisch vrouwelijke ziekte) heeft een gemiddelde diagnosevertraging van zeven jaar. Deze situatie leidt ook tot «therapeutische dwaling», omdat een ziekte die niet wordt gediagnosticeerd niet kan worden behandeld.

Een andere bepalende factor in een zorgtraject betreft de onderzoeken die aan patiënten worden voorgeschreven. Bepaalde onderzoeken kunnen hun ziektes namelijk niet altijd correct opsporen. Dit geldt bijvoorbeeld voor colorectale kanker, de vijfde meest voorkomende vorm van kanker in België (24). Afhankelijk van het geslacht verschilt de plaats van de tumor: bij mannen wordt hij vaker in de buurt van het rectum aangetroffen (54 %), maar bij vrouwen vaker in de dikke darm (56 %). Canadese wetenschappers toonden in 2010 aan dat colonoscopie (een sonde die wordt gebruikt om kanker op te sporen) minder effectief is in het opsporen van tumoren in de dikke darm (25). Meestal bij vrouwen dus.

(24) Voir la Fondation contre le cancer: <https://bit.ly/37Uo7g3>.

(25) Abdoun, E., Cadu, F. *et al.*, *op. cit.*

(24) Zie Stichting tegen kanker: <https://bit.ly/37Uo7g3>.

(25) Abdoun, E., Cadu, F. *et al.*, *op. cit.*

VII. LES ESSAIS CLINIQUES ET LES FEMMES

La représentation des femmes varie beaucoup d'un essai clinique à un autre, et selon les pathologies considérées.

Il existe néanmoins un consensus reconnaissant historiquement l'absence des femmes dans les essais cliniques dont découlent d'ailleurs certains scandales médicamenteux.

En effet, la recherche clinique s'inscrit dans l'histoire de la médecine qui, comme déjà précisé, est longtemps restée centrée sur le corps masculin.

Aujourd'hui, la situation s'est améliorée et des progrès sont constatés.

Les Belges sont parmi les plus gros consommateurs mondiaux de médicaments. Six personnes sur dix en consomment quotidiennement dont neuf personnes de plus de soixante ans sur dix selon une enquête de Solidararis (26). Et les femmes se verraient prescrire près de 70 % de tous les médicaments.

D'ailleurs, ces dernières sont davantage touchées par le processus de surmédicalisation (27), notamment car les menstruations et la ménopause sont souvent perçues comme des phénomènes à soigner et des maladies impliquant un traitement.

Alors, pourquoi les femmes ne sont-elles toujours pas suffisamment reprises dans les essais cliniques?

Les femmes restent largement sous-représentées dans les essais cliniques menés en Europe et dans le monde, et l'on dispose d'une masse croissante de preuves attestant de l'effet pernicieux d'une telle situation sur les soins dont elles bénéficient.

Les études cliniques portant sur des maladies affectant indifféremment les deux sexes ont longtemps été menées presque entièrement sur des hommes. L'une des raisons était que l'on parlait du principe que les différences qui existent entre les femmes et les hommes en matière de santé se restreignaient dans une large mesure à leur système reproducteur.

(26) «Médicament. Un choix de société?», *Magazine Solidararis* (Centre, Charleroi et Soignies), décembre 2020.

(27) La surmédicalisation est le fait de traiter des problèmes non médicaux comme s'ils en étaient alors que ce n'est pas forcément nécessaire.

VII. KLINISCHE TESTS EN VROUWEN

De vertegenwoordiging van vrouwen verschilt sterk per klinisch onderzoek en naargelang van de onderzochte pathologieën.

Niettemin is men het erover eens dat vrouwen historisch gezien afwezig zijn geweest bij klinische proeven, wat trouwens tot enkele geneesmiddelen schandalen heeft geleid.

Het klinisch onderzoek maakt immers deel uit van de geschiedenis van de geneeskunde die, zoals reeds gezegd, lange tijd gericht was op het mannelijk lichaam.

Vandaag is de situatie verbeterd en wordt er vooruitgang geboekt.

De Belgen behoren tot de grootste verbruikers van geneesmiddelen ter wereld. Zes op tien mensen gebruiken ze dagelijks, waaronder negen van de tien zestigplussers, volgens een onderzoek van Solidararis (26). En vrouwen krijgen bijna 70 % van alle medicijnen voorgeschreven.

Bovendien worden vrouwen meer getroffen door overmedicalisering (27), met name omdat menstruatie en menopauze vaak worden beschouwd als verschijnselen die moeten worden verzorgd en als ziektes die een behandeling vereisen.

Waarom worden vrouwen dan nog steeds onvoldoende betrokken bij klinische proeven?

Vrouwen blijven in Europa en de rest van de wereld sterk ondervertegenwoordigd in klinische proeven, en er zijn steeds meer aanwijzingen dat dit een nadelig effect heeft op hun zorg.

Klinisch onderzoek naar ziektes die beide geslachten in even grote mate treffen, is lange tijd vrijwel uitsluitend bij mannen uitgevoerd. Een van de redenen hiervoor was de veronderstelling dat de verschillen inzake gezondheid tussen vrouwen en mannen grotendeels beperkt bleven tot hun voortplantingsstelsel.

(26) «Médicament. Un choix de société?», *Magazine Solidararis* (Centre, Charleroi et Soignies), december 2020.

(27) Overmedicalisering bestaat erin dat niet-medische problemen als medische problemen worden behandeld, terwijl dit niet noodzakelijk hoeft.

L'autre grande raison d'exclure les femmes des essais cliniques était la préoccupation de protéger les enfants à naître.

Les femmes enceintes en tant que sujets des essais cliniques ont créé pas mal de scandales. Leur exclusion dans ces recherches est justifiée si les médicaments testés sont ou risquent d'être contre-indiqués pendant la grossesse. Autrement, leur participation est officiellement autorisée. Or, une étude américaine portant sur 172 médicaments thérapeutiques approuvés par l'administration américaine de l'alimentation et des médicaments (*Food and Drug Administration* – FDA) entre 2000 et 2010 a constaté que le risque de malformation chez le fœtus était indéterminé pour 97,7 % des médicaments. Voici une preuve de plus que l'absence des connaissances conduit à extrapoler dangereusement le dosage et les effets de certains médicaments avec un risque avéré d'effets nocifs pour la santé.

Comme l'a souligné Coline Gineste, chercheuse en éthique, concernant la sous-représentation des femmes dans les essais cliniques, «certains médicaments avaient des effets néfastes pour les femmes, on a donc voulu les protéger en empêchant les essais cliniques sur elles. Mais on prend en même temps la décision de vendre aux femmes des produits qui n'ont pas été testés sur elles parce qu'on sait qu'ils pourraient leur être néfastes!».

S'il est parfaitement légitime de vouloir protéger un enfant à naître, toutes les femmes en âge de procréer ne projettent pas une grossesse; sans compter que les responsables d'essais cliniques ont la possibilité de demander aux participantes d'employer des moyens de contraception adéquats pendant la durée de l'étude. C'est une barrière qui semble plus que surmontable en 2022.

Rappelons que l'interdiction des femmes dans les essais cliniques n'a été levée qu'en 1993.

Il est donc indéniable que le retard accumulé en matière de connaissances du fonctionnement du corps féminin était considérable et cela a très certainement des impacts négatifs sur la santé des femmes encore aujourd'hui.

En outre, selon un rapport français de 2020 (28), 78 % des recherches dans le domaine chirurgical incluait des hommes et des femmes mais à des proportions variables. Si nous excluons les chirurgies spécifiques au niveau des sexes (des ovaires, des testicules, etc.), on remarque que moins de la moitié des recherches incluait au moins

De andere belangrijke reden om vrouwen uit te sluiten van klinische proeven was de zorg om ongeboren kinderen te beschermen.

Zwangere vrouwen als proefpersonen in klinische proeven hebben tot heel wat schandalen geleid. Hun uitsluiting van dergelijk onderzoek is gerechtvaardigd indien de geteste geneesmiddelen tijdens de zwangerschap een contra-indicatie hebben of kunnen hebben. Anders is hun deelname officieel toegestaan. Uit een Amerikaanse studie van 172 therapeutische geneesmiddelen die tussen 2000 en 2010 door de Amerikaanse *Food and Drug Administration* (FDA) werden goedgekeurd, bleek echter dat het risico op foetale misvorming bij 97,7 % van de geneesmiddelen onbepaald was. Dit bewijst eens te meer dat gebrek aan kennis leidt tot gevaarlijke extrapolatie van de dosering en de effecten van bepaalde geneesmiddelen met een bewezen risico op schadelijke gevolgen voor de gezondheid.

Zoals Coline Gineste, een ethisch onderzoekster, opmerkte over de ondervertegenwoordiging van vrouwen in klinische proeven, «hadden sommige geneesmiddelen schadelijke effecten op vrouwen, dus wilden we hen beschermen door klinische proeven op hen te voorkomen. Maar tegelijkertijd nemen we het besluit om producten aan vrouwen te verkopen die niet op hen zijn getest, omdat we weten dat ze schadelijk voor hen kunnen zijn!».

Hoewel het volkomen legitiem is een ongeboren kind te willen beschermen, zijn niet alle vrouwen in de vruchtbare leeftijd van plan zwanger te worden. Bovendien kunnen de verantwoordelijken van klinische proeven de deelnemers verplichten tijdens het onderzoek adequate anticonceptie te gebruiken. Dit is een belemmering die in 2022 zeker overkomelijk is.

Wij herinneren eraan dat het verbod op klinische proeven bij vrouwen pas in 1993 werd opgeheven.

Het valt dus niet te ontkennen dat de kennis van de werking van het vrouwelijk lichaam een aanzienlijke achterstand heeft opgelopen en dit heeft zeker negatieve gevolgen voor de gezondheid van vrouwen, tot op de dag van vandaag.

Voorts blijkt uit een Frans rapport uit 2020 (28) dat 78 % van het onderzoek op chirurgisch gebied mannen en vrouwen omvatte, maar in wisselende verhoudingen. Als we genderspecifieke operaties (eierstokken, testikels, enz.) buiten beschouwing laten, omvatte minder dan de helft van het onderzoek ten minste een derde van de

(28) Haute autorité de santé, *Sexe, genre et santé, Rapport d'analyse prospective*, France, 2020, <https://bit.ly/3p3jwxy>.

(28) Haute autorité de santé, *Sexe, genre et santé, Rapport d'analyse prospective*, Frankrijk, 2020, <https://bit.ly/3p3jwxy>.

un tiers des femmes. De plus, les données récoltées en fonction du sexe ne sont pas suffisamment exploitées ni fournies au final dans ces recherches. Les femmes sont donc aussi sous-représentées dans la recherche en chirurgie.

Par ailleurs, l'absence des personnes âgées de soixante-cinq ans et plus dans les études cliniques peut particulièrement affecter les femmes: elles sont majoritaires au sein de cette tranche d'âge car ces dernières ont une espérance de vie plus longue que celle des hommes. Un rapport de 2020 (29) souligne que certains essais cliniques se font sur des personnes ayant un âge inférieur à celui attendu pour certaines pathologies. Il y a d'ailleurs une absence d'analyses qui comparent les résultats entre les sujets jeunes et les sujets de soixante-cinq ans et plus. Il n'y a pas non plus d'informations concernant l'interaction des médicaments pris par cette population. Un exemple de l'impact de l'âge sur les pathologies? Les femmes souffrent en général des maladies coronariennes dix ans plus tard que les hommes. Ces dernières ne sont alors pas reprises dans les essais cliniques qui ont des sujets masculins d'âge moyen.

Enfin, les personnes transgenres et les personnes intersexes peuvent être considérées sous une problématique commune: elles bénéficient d'études cliniques spécifiques à leur condition tout en étant invisibles dans les recherches qui ne les concernent pas exclusivement (la santé de manière générale: effets des médicaments, maladies cardio-vasculaires, etc.).

*
* *

vrouwen. Bovendien worden de per geslacht verzamelde gegevens in deze studies uiteindelijk onvoldoende benut of verstrekt. Daarom zijn vrouwen ook ondervetegenwoordigd in het chirurgisch onderzoek.

Bovendien kan de afwezigheid van mensen van vijftien- tot zestig jaar en ouder in klinische proeven vooral vrouwen treffen: zij zijn in deze leeftijdsgroep in de meerderheid omdat zij een langere levensverwachting hebben dan mannen. In een rapport van 2020 (29) wordt erop gewezen dat sommige klinische proeven worden uitgevoerd op mensen die voor bepaalde ziektes jonger zijn dan de verwachte leeftijd. Bovendien ontbreken analyses waarin de resultaten van jonge mensen en 65-plussers worden vergeleken. Er is ook geen informatie over de interactie van de geneesmiddelen die deze populatie inneemt. Een voorbeeld van de invloed van leeftijd op pathologieën? Vrouwen krijgen coronaire hartziekten over het algemeen tien jaar later dan mannen. Daarom zijn zij niet vertegenwoordigd in de klinische proeven, die uitgevoerd zijn op mannen van middelbare leeftijd.

Ten slotte geldt voor transseksuele en intersekse personen een gemeenschappelijke vaststelling: er zijn specifieke klinische studies over hen verricht, maar zij zijn onzichtbaar in onderzoek dat niet uitsluitend op hen betrekking heeft (gezondheid in het algemeen: effecten van geneesmiddelen, hart- en vaatziekten, enz.).

*
* *

(29) Haute autorité de santé, *op. cit.*

(29) Haute autorité de santé, *op. cit.*

PROPOSITION DE RÉOLUTION

Le Sénat,

A. vu la Déclaration universelle des droits de l'homme (DUDH);

B. vu la Constitution de l'Organisation mondiale de la santé (OMS);

C. vu le Programme de développement durable à l'horizon 2030 de l'Organisation des Nations unies (ONU);

D. vu la résolution *Integrating gender analysis and actions into the work of WHO: draft strategy* (WHA60.25 du 23 mai 2007) de l'Assemblée mondiale de la santé;

E. considérant la *Stratégie pour l'intégration de l'analyse des spécificités de chaque sexe et d'une démarche soucieuse d'équité entre hommes et femmes dans les activités de l'OMS* (2009);

F. vu la loi du 10 mai 2007 tendant à lutter contre la discrimination entre les femmes et les hommes;

G. vu la loi du 25 juin 2017 réformant des régimes relatifs aux personnes transgenres en ce qui concerne la mention d'une modification de l'enregistrement du sexe dans les actes de l'état civil et ses effets;

H. considérant le douzième objectif stratégique transversal «Prendre le genre en compte» dans le Plan wallon de promotion et de prévention de la santé Horizon 2030;

I. vu la résolution relative à une meilleure prise en charge et une plus grande sensibilisation de l'endométriose adoptée à l'unanimité le 25 février 2022 par l'Assemblée de la Commission communautaire française (doc. Assemblée de la Commission communautaire française, n° 66 (2021-2022), n° 2) et la résolution relative à une plus grande sensibilisation et une meilleure prise en charge de l'endométriose adoptée à l'unanimité le 6 juillet 2022 par le Parlement de la Communauté française (doc. Parlement de la Communauté française, n° 350 (2021-2022) – N° 5);

J. vu le rapport du Sénat de Belgique sur l'impact de la crise de la Covid-19 sur les femmes, rédigé en 2021 (doc. Sénat, n° 7-197/1);

K. considérant l'analyse *Parfois complexe, toujours indispensable: la prise en compte du sexe et du genre*

VOORSTEL VAN RESOLUTIE

De Senaat,

A. gelet op de Universele Verklaring van de rechten van de mens (UVRM);

B. gelet op het Statuut van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO);

C. gelet op het programma van de Verenigde Naties (VN) inzake duurzame ontwikkeling voor 2030;

D. gelet op de resolutie *Integrating gender analysis and actions into the work of WHO: draft strategy* (WHA60.25 van 23 mei 2007) van de Wereldgezondheidsvergadering;

E. gelet op de *Strategy for integrating gender analysis and actions into the work of WHO* (2009);

F. gelet op de wet van 10 mei 2007 ter bestrijding van discriminatie tussen vrouwen en mannen;

G. gelet op de wet van 25 juni 2017 tot hervorming van regelingen inzake transgenders wat de vermelding van een aanpassing van de registratie van het geslacht in de akten van de burgerlijke stand en de gevolgen hiervan betreft;

H. gelet op de twaalfde transversale strategische doelstelling «Prendre le genre en compte» in het *Plan wallon de promotion et de prévention de la santé Horizon 2030*;

I. gelet op de resolutie betreffende een betere behandeling en grotere bewustwording inzake endometriose, die op 25 februari 2022 unaniem werd aangenomen door de Vergadering van de Franse Gemeenschapscommissie (doc. *Assemblée de la Commission communautaire française*, nr. 66 (2021-2022), nr. 2) en de resolutie betreffende een grotere bewustwording en een betere behandeling van endometriose, die op 6 juli 2022 unaniem werd aangenomen door het Parlement van de Franse Gemeenschap (doc. *Parlement de la Communauté française*, nr. 350 (2021-2022) – Nr. 5);

J. gelet op het verslag van de Belgische Senaat over de impact van de Covid-19-crisis op vrouwen, dat werd opgesteld in 2021 (doc. Senaat, nr. 7-197/1);

K. gelet op de analyse *Parfois complexe, toujours indispensable: la prise en compte du sexe et du genre*

en santé publiée en 2022 par Soralia (ex-Femmes prévoyantes socialistes – FPS);

L. considérant l'étude *La dépression: une réalité genrée?* publiée en 2022 par Soralia;

M. considérant l'étude *Les essais cliniques: une absurdité médicale pour les femmes?* publiée en 2022 par Soralia;

N. considérant l'étude *Une médecine sexiste? Le cas de la surmédicalisation des femmes* publiée en 2020 par Soralia;

O. considérant l'étude *Femmes et maladies cardio-vasculaires: Quand une approche non genrée de la santé fait des ravages* publiée en 2019 par Soralia;

P. considérant le rapport d'analyse prospective *Sexe, genre et santé* publié par la Haute autorité de santé (HAS) française en 2020;

Q. considérant la manuel *Genre & promotion de la santé*, publié par l'association sans but lucratif (ASBL) Femmes et Santé et l'organisation non gouvernementale (ONG) Le Monde selon les femmes, Bruxelles, 2018;

R. considérant l'article de C. Clair, J. Cornuz, P.-A. Bart et J. Schwarz «Médecine et genre: quels enjeux pour la pratique?», publié dans la *Revue médicale suisse*, n° 625 du 31 octobre 2018;

S. considérant le rapport d'information du Sénat français *Femmes et santé: les enjeux d'aujourd'hui* fait au nom de la délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes par Mmes Annick Billon et Françoise Laborde (doc. Sénat français, n° 592 (SE 2014-2015), 2 juillet 2015);

T. considérant que le *gendermainstreaming* – ou approche intégrée de la dimension de genre – est une stratégie qui veut renforcer l'égalité des femmes et des hommes dans la société, en intégrant systématiquement des réflexions sur les conséquences positives et négatives des politiques publiques pour les femmes et les hommes,

en santé, die in 2022 werd gepubliceerd door Soralia (voorheen *Femmes prévoyantes socialistes* – FPS);

L. gelet op de studie *La dépression: une réalité genrée?*, die in 2022 werd gepubliceerd door Soralia;

M. gelet op de studie *Les essais cliniques: une absurdité médicale pour les femmes?*, die in 2022 werd gepubliceerd door Soralia;

N. gelet op de studie *Une médecine sexiste? Le cas de la surmédicalisation des femmes*, die in 2020 werd gepubliceerd door Soralia;

O. gelet op de studie *Femmes et maladies cardio-vasculaires: Quand une approche non genrée de la santé fait des ravages*, die in 2019 werd gepubliceerd door Soralia;

P. gelet op het prospectieve analyserapport *Sexe, genre et santé*, dat werd gepubliceerd door de Franse *Haute autorité de santé* (HAS) in 2020;

Q. gelet op de handleiding *Genre & promotion de la santé*, die werd gepubliceerd door de vereniging zonder winstoogmerk (vzw) *Femmes et Santé* en de niet-gouvernementale organisatie (ngo) *Le Monde selon les femmes*, Brussel, 2018;

R. gelet op het artikel van C. Clair, J. Cornuz, P.-A. Bart en J. Schwarz «Médecine et genre: quels enjeux pour la pratique?», gepubliceerd in *Revue médicale suisse*, nr. 625 van 31 oktober 2018;

S. gelet op het informatieverslag van de Franse Senaat *Femmes et santé: les enjeux d'aujourd'hui*, dat namens de delegatie voor vrouwenrechten en gelijke kansen voor mannen en vrouwen is opgesteld door mevrouw Annick Billon en mevrouw Françoise Laborde (doc. *Sénat français*, nr. 592 (SE 2014-2015), 2 juli 2015);

T. overwegende dat *gendermainstreaming* – of de geïntegreerde aanpak van de genderdimensie – een strategie is om de gelijkheid van vrouwen en mannen in de samenleving te versterken door systematisch na te denken over de positieve en negatieve gevolgen van overheidsbeleid voor vrouwen en mannen,

Demande au gouvernement fédéral, en concertation avec les entités fédérées:

- 1) d'appliquer le *gendermainstreaming* de manière plus effective dans toutes les politiques, et notamment dans les politiques liées aux soins de santé;
- 2) de développer des instruments de politique de santé plus inclusifs, dans un souci de collecte et d'analyse élargies des données sexuées en santé avec pour objectif de mieux comprendre l'influence du sexe et du genre sur la santé;
- 3) d'évaluer régulièrement – notamment à l'aide d'outils statistiques adéquats – les politiques publiques en intégrant les préoccupations liées au sexe et au genre selon des critères d'efficacité, d'efficience et d'équité;
- 4) de demander aux acteurs concernés de considérer explicitement le sexe dans les essais cliniques sur les produits de santé et les actes médicaux;
- 5) d'encourager la prise de conscience des acteurs des soins de santé à s'intéresser au sexe et au genre à chaque étape de la construction des stratégies d'action publique en santé;
- 6) d'attirer l'attention des professionnels de la santé sur l'importance de la prise en compte des spécificités liées au sexe et au genre pour un meilleur diagnostic de certaines pathologies et pour une meilleure prise en charge médicale des patients;
- 7) d'encourager la réalisation d'études et de recherches en biologie, en médecine et dans l'industrie pharmaceutique pour mieux prendre en considération les différences entre les sexes et les genres afin d'ajuster les moyens de diagnostic à chacun des genres et sexes, et d'adapter la mise au point des traitements médicaux et médicamenteux;
- 8) de sensibiliser davantage le monde médical aux différences biologiques qui existent entre les sexes afin qu'elles soient concrètement examinées lors de la prise en charge de chaque patiente et de chaque patient;
- 9) d'examiner comment mettre en place des formations obligatoires et continues à destination de tous les prestataires de soins pour que les dimensions de sexe et de genre soient systématiquement prises en compte dans un parcours de soins;

Vraagt de federale regering om in overleg met de deelstaten:

- 1) *gendermainstreaming* doeltreffender toe te passen in alle beleidssectoren, ook in de gezondheidszorg;
- 2) meer inclusieve instrumenten voor het gezondheidsbeleid te ontwikkelen, met het oog op een bredere verzameling en analyse van naar geslacht uitgesplitste gezondheidsgegevens teneinde een beter inzicht te krijgen in de invloed van geslacht en gender op de gezondheid;
- 3) regelmatig – onder meer met behulp van passende statistische instrumenten – het overheidsbeleid te evalueren door geslachts- en genderaspecten te integreren volgens criteria van doeltreffendheid, doelmatigheid en rechtvaardigheid;
- 4) de betrokken actoren te vragen om bij klinische proeven met gezondheidsproducten en medische handelingen expliciet rekening te houden met het aspect geslacht;
- 5) de actoren in de gezondheidszorg ertoe aan te zetten om in elke fase van de ontwikkeling van actiestrategieën op het gebied van de volksgezondheid aandacht te besteden aan geslacht en gender;
- 6) de aandacht van de gezondheidswerkers te vestigen op het belang van de inachtneming van de specifieke kenmerken van geslacht en gender voor een betere diagnose van bepaalde pathologieën en voor een betere medische zorg voor de patiënten;
- 7) studies en onderzoek in de biologie, de geneeskunde en de farmaceutische industrie aan te moedigen om beter rekening te houden met geslachts- en genderverschillen, teneinde de diagnose-instrumenten aan te passen aan elk geslacht en gender en de medische en medicamenteuze behandeling bij te sturen;
- 8) de medische wereld meer bewust te maken van de biologische verschillen tussen de geslachten, zodat deze verschillen concreet kunnen worden opgenomen in de zorg voor elke patiënt;
- 9) te onderzoeken hoe voor alle zorgverleners een verplichte en permanente opleiding kan worden georganiseerd om ervoor te zorgen dat in een zorgtraject systematisch rekening wordt gehouden met geslachts- en genderaspecten;

- | | |
|--|---|
| <p>10) de solliciter les écoles, hautes écoles et universités pour inclure dans la formation de base du personnel médical et soignant des modules consacrés à l'importance de la prise en compte du sexe et du genre dans un parcours de soins;</p> <p>11) d'encourager les milieux médicaux et de la recherche à élaborer des protocoles qui prennent davantage en compte les dimensions de genre et de sexe pour analyser plus précisément les pathologies, formuler de nouvelles hypothèses de recherche, construire des stratégies de prévention, des politiques de santé et des traitements innovants;</p> <p>12) d'une manière générale, de ne pas limiter la problématique, s'il y échet, à la dimension femme-homme, mais de tenir compte également des spécificités des personnes transgenres, en transition ou intersexes;</p> <p>13) de donner les moyens au monde médical et de la recherche pour évoluer vers une lecture intersectionnelle des enjeux de la santé et intégrer le prisme du genre et du sexe à la sphère des soins de santé en vue d'éliminer toutes les discriminations qui restreignent l'accès aux soins de qualité;</p> <p>14) d'encourager les structures compétentes à recourir aussi à des mannequins avec une poitrine féminine pour s'exercer au massage cardiaque durant la formation aux premiers secours;</p> <p>15) de tout mettre en œuvre pour renforcer les exigences et la vigilance à chaque étape des essais cliniques et de la recherche biomédicale afin de collecter et d'analyser les données selon le sexe et le genre;</p> <p>16) de prendre des mesures afin de renforcer la transparence et l'accès aux informations selon le sexe et le genre pour répliquer les recherches si besoin, pour pouvoir évaluer l'évolution de la prise en compte des indicateurs de sexe et de genre au fil du temps, pour corriger d'éventuelles erreurs d'interprétations, de méthodologie, etc.;</p> <p>17) de réfléchir à comment renforcer les exigences des organisations collaborant aux essais cliniques et des financeurs des recherches;</p> <p>18) de favoriser l'intégration par les industriels de la préoccupation de la représentation genrée dans leurs études;</p> <p>19) d'initier de nouvelles recherches pour envisager une autre manière de doser les médicaments, par exemple en tenant compte du poids des patientes et des patients (les</p> | <p>10) scholen, hogescholen en universiteiten op te roepen om in de basisopleiding van medisch en verplegend personeel modules op te nemen over het belang van geslacht en gender in een zorgtraject;</p> <p>11) de medische en onderzoekswereld aan te moedigen protocollen te ontwikkelen die meer rekening houden met gender- en geslachtsdimensies, teneinde pathologieën nauwkeuriger te analyseren, nieuwe onderzoekshypothesen te formuleren en preventiestrategieën, gezondheidsbeleid en innovatieve behandelingen uit te werken;</p> <p>12) algemeen de problematiek, waar relevant, niet te beperken tot de vrouw-man dimensie maar ook rekening te houden met de specificiteiten van transpersonen, personen in transitie of intersekse personen;</p> <p>13) de medische en onderzoekswereld in staat te stellen over te schakelen op een intersectionele interpretatie van gezondheidsvraagstukken en het gender- en geslachtsaspect te integreren in de gezondheidszorg, teneinde alle vormen van discriminatie die de toegang tot kwaliteitszorg beperken, uit te bannen;</p> <p>14) de bevoegde structuren aan te moedigen om ook poppen met een vrouwelijk bovenlichaam te gebruiken om tijdens EHBO-opleidingen hartmassage te oefenen;</p> <p>15) alles in het werk te stellen om in elk stadium van klinische proeven en biomedisch onderzoek de eisen en de waakzaamheid te verhogen, teneinde gegevens per geslacht te verzamelen en te analyseren;</p> <p>16) maatregelen te nemen om de transparantie van en de toegang tot informatie over geslacht en gender te verbeteren, zodat onderzoek waar nodig kan worden herhaald, de ontwikkeling van geslachts- en gender-indicatoren in de tijd kan worden beoordeeld, mogelijke verkeerde interpretaties, methodologische fouten, enz. kunnen worden gecorrigeerd;</p> <p>17) na te gaan hoe de eisen van de organisaties die aan klinische proeven meewerken en van de financierders van onderzoeken kunnen worden aangescherpt;</p> <p>18) ervoor te zorgen dat de industrie in haar studies meer oog krijgt voor gendervertegenwoordiging;</p> <p>19) verder onderzoek in te stellen naar een alternatieve manier om geneesmiddelen te doseren, bijvoorbeeld door rekening te houden met het gewicht van mannelijke</p> |
|--|---|

effets secondaires étant souvent dus à un surdosage des médicaments établi pour un poids donné);

20) d'encourager les firmes à mieux recruter et mieux suivre les personnes concernées lors des essais cliniques, notamment en améliorant les conditions de recrutement pour les femmes, en développant une réflexion sur les processus d'évaluation de la sécurité des traitements pris pendant la grossesse, en faisant évoluer les formulaires afin de proposer plusieurs réponses possibles concernant l'identité de genre et le sexe biologique, en développant un suivi spécifique au besoin pour les personnes transgenres et intersexes, etc.;

21) d'accorder une attention particulière aux personnes intersexes et les personnes trans pour n'exclure personne des essais cliniques.

Le 20 décembre 2022.

Latifa GAHOUCI.
Philippe COURARD.
Els AMPE.
Stephanie D'HOSE.
Ludwig VANDENHOVE.

en vrouwelijke patiënten (bijwerkingen zijn vaak het gevolg van overdosering van geneesmiddelen die voor een bepaald gewicht zijn ingesteld);

20) ondernemingen aan te moedigen om de betrokken personen tijdens klinische proeven beter te selecteren en te volgen, met name door de selectievoorwaarden voor vrouwen te verbeteren, door na te denken over de procedures voor de beoordeling van de veiligheid van behandelingen tijdens de zwangerschap, door de formulieren zodanig aan te passen dat verschillende mogelijke antwoorden inzake genderidentiteit en biologisch geslacht mogelijk zijn, door zo nodig specifieke *monitoring* te ontwikkelen voor transgenders en intersekse personen, enz.;

21) bijzondere aandacht te besteden aan intersekse personen en transgenders om niemand van klinische proeven uit te sluiten.

20 december 2022.