

Égalité femmes - hommes en matière de santé et de recours aux soins

Par Dominique POLTON,

Conseillère auprès du directeur général de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés



Dominique POLTON, économiste, est Conseillère auprès du Directeur général de la CNAMTS depuis 2014, après avoir été Directrice de la stratégie des études et des statistiques pendant 8 ans au sein du même organisme. Elle fut également Directrice de l'IRDES pendant huit ans. Elle est l'auteure, en 2014, de « la santé pour tous ? » aux éditions La documentation française, ouvrage primé par le prix EN3S 2015 dans la catégorie « pédagogie ».

La couverture quasi-universelle, dans la plupart des pays développés, par des systèmes d'assurance maladie n'a pas empêché, on le sait, le maintien et parfois l'accroissement d'inégalités de santé et d'accès aux soins entre différentes catégories de population, notamment en fonction de leur situation sociale ou de leur niveau d'éducation. Cette préoccupation concernant la persistance d'inégalités sociales importantes, même si elle a été plus tardive en France que dans d'autres pays, occupe une place croissante dans le débat public ; ces inégalités sont documentées, des réflexions se développent sur leurs déterminants et sur les leviers pour les réduire.

Les inégalités de genre sont en revanche moins souvent abordées et moins documentées. Ceci vient sans doute du fait que si dans de nombreux secteurs (éducation, salaire, responsabilités professionnelles ou politiques, violences subies...) les femmes sont dans une situation défavorable, elles semblent à l'inverse, en première approche, jouir d'un avantage comparatif évident en matière de santé, puisque leur espérance de vie est plus élevée que celle des hommes, avec plus de six ans d'écart en 2015 pour la France. Néanmoins ceci n'explique pas totalement le faible développement des recherches intégrant des perspectives de genre dans notre pays, car celles-ci sont beaucoup plus développées dans les pays anglo-américains et européens où ces écarts de longévité existent également.

Au demeurant, l'espérance de vie ne résume pas à elle seule l'état de santé, et si les femmes vivent plus longtemps que les hommes, elles se déclarent en plus mauvaise santé et vivent avec plus de maladies, d'incapacités et de situations de dépendance. Ce paradoxe aujourd'hui bien mis en évidence à l'échelle internationale sera développé dans une première partie.

On s'attachera ensuite à analyser les différences en termes de recours aux soins, avec là encore un constat nuancé : globalement les femmes apparaissent plus soucieuses de leur santé et consultent plus fréquemment, sans pour autant avoir des dépenses de soins globalement supérieures. Lorsque l'on analyse des pathologies particulières, on constate des inégalités dans les deux sens, souvent liées au fait que la détection et la prise en charge des maladies



sont influencées par des stéréotypes de genre qui peuvent induire des différences de traitement.

I- Les femmes vivent plus longtemps, mais passent ces années supplémentaires en mauvaise santé

En 2015, l'espérance de vie à la naissance est de 85,0 ans pour les femmes, de 78,9 ans pour les hommes, soit un écart de 6,1 ans. À 60 ans, il est encore de 4,4 ans : une femme peut espérer vivre 27,3 ans en moyenne, un homme 22,9 ans. De nombreux facteurs expliquent cet avantage féminin, parmi lesquels des différences biologiques, mais aussi des comportements plus favorables à la santé (tabagisme, alcoolisme, conduites à risque) et des emplois moins exposés, du moins en termes de pénibilité physique.

Cet écart d'espérance de vie, particulièrement important en France (même si la situation favorable des femmes s'observe dans la plupart des pays), s'est creusé jusque dans les années 1990 où il a atteint 8,3 ans. La tendance s'est renversée depuis, sous l'influence notamment des évolutions de comportements, avec des attitudes plus favorables à la santé chez les hommes et à l'inverse une diffusion chez les femmes de comportements à risque jusque-là plutôt masculins. Ainsi par exemple, si le tabagisme quotidien est resté presque stable chez les hommes entre 2005 et 2010 (un peu supérieur à 30 %), il a augmenté de trois points chez les femmes (23 % à 26 %)¹. De fait, les taux de décès par cancer du poumon² ont été multipliés par 2,5 en trente ans chez les femmes, par 3,3 pour les moins de 65 ans (+ 105 % entre 1990 et 2005) alors qu'ils ont diminué dans le même temps chez les hommes.

Paradoxalement, alors qu'elles ont de meilleurs résultats en termes de mortalité, les femmes se déclarent dans les enquêtes en moins bonne santé que les hommes à âge égal. Au-delà d'une attention plus grande qui peut être portée par les femmes à leurs problèmes de santé, ce paradoxe s'explique quand on analyse de manière plus détaillée les pathologies et incapacités fonctionnelles déclarées : en effet les hommes déclarent davantage de maladies et troubles associés à un risque vital important, et les femmes plus de maladies et de symptômes associés à un faible risque vital.³

L'analyse de la fréquence des maladies à partir des données de l'assurance maladie⁴ le confirme. Pour toutes les tranches d'âge, les maladies cardiovasculaires, le

1 Source : Baromètre santé 2010 de Santé publique France.

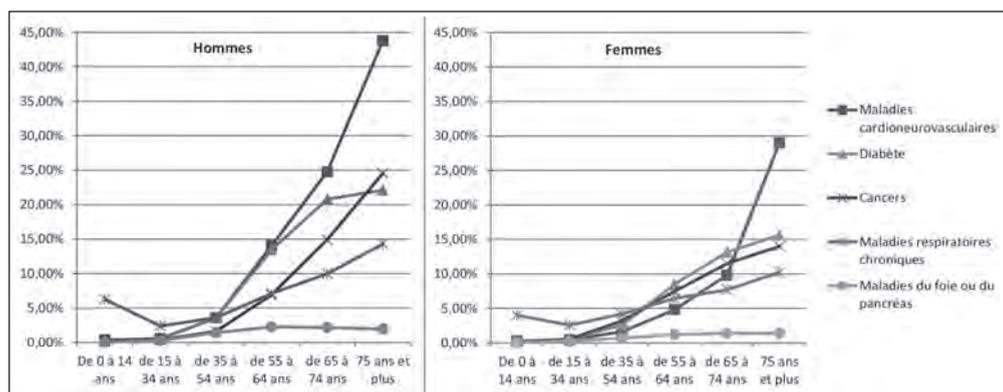
2 Taux standardisés. Tumeur maligne du larynx, de la trachée, des bronches et du poumon. Source INSERM - CEPI-DC.

3 Fourcade N. La santé des femmes en France. Études et résultats n° 834, mars 2013.

4 Les pathologies peuvent être repérées par les diagnostics hospitaliers codés dans le PMSI, par les diagnostics codés par les médecins conseil en cas d'exonération du ticket modérateur pour affection de longue durée ou par d'autres événements traceurs (médicaments,...). Pour plus d'information, voir <http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/etudes-en-sante-publique/cartographie-des-pathologies-et-des-depenses/index.php>.

diabète, les cancers, les maladies respiratoires chroniques, les maladies du foie et du pancréas, l'insuffisance rénale chronique terminale⁵ sont beaucoup plus fréquentes chez les hommes. Par exemple, entre 65 et 75 ans, 25 % des hommes ont une maladie cardiovasculaire, 21 % ont un diabète, contre 10 % et 13 % respectivement pour les femmes (Graphique 1). Globalement, les taux standardisés par âge⁶ sont presque deux fois plus élevés pour les maladies cardiovasculaires et l'insuffisance rénale chronique terminale ; ils sont supérieur des deux tiers pour les maladies du foie et du pancréas et de moitié pour le diabète (Tableau 1).

Graphique 1 - Fréquence de certaines pathologies prises en charge par le système de soins selon l'âge, pour les hommes et les femmes - 2014



Source : Cartographie des pathologies - Données SNIIRAM - PMSI, traitements CNAMTS.

Tableau 1 - Taux de prévalence standardisés sur l'âge de certaines pathologies

	Hommes	Femmes	Écart hommes/femmes (en %)
Maladies cardioneurovasculaires	8,9 %	4,6%	94%
Diabète	6,5 %	4,4 %	48%
Cancers	4,9 %	4,2 %	16%
Maladies respiratoires chroniques	5,7 %	4,9 %	18 %
Maladies du foie ou du pancréas	1,1 %	0,7 %	66 %
Insuffisance rénale chronique terminale	0,18 %	0,09 %	89 %

Source : Cartographie des pathologies - Données SNIIRAM - PMSI, traitements CNAMTS

Note : La standardisation est effectuée sur la structure d'âge de la population totale

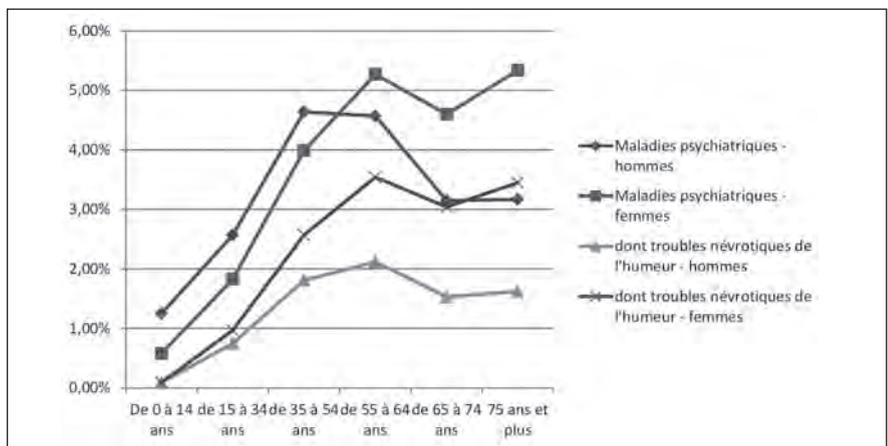
Néanmoins certaines affections qui engagent moins le pronostic vital sont plus fréquentes chez les femmes. C'est le cas par exemple de l'anxiété et de la dépression : d'après le Baromètre

5 L'insuffisance rénale chronique terminale ne figure pas sur le graphique par âge compte tenu des prévalences très faibles mais le tableau qui suit indique les écarts de prévalence moyenne entre hommes et femmes.

6 C'est-à-dire calculés sur une structure d'âge identique pour les hommes et les femmes, ceci afin de tenir compte du fait que les femmes sont beaucoup plus nombreuses aux âges élevés ; la standardisation est effectuée sur la structure d'âge de la population totale.

santé 2010 de santé publique France, 10 % des femmes de 15 à 75 ans ont connu un épisode dépressif caractérisé au cours des douze derniers mois, contre 6 % des hommes. Comme on l'a vu ci-dessus chez les hommes pour d'autres affections, on retrouve cette surmorbidity lorsque l'on analyse les troubles de santé mentale pris en charge par le système de soins (*Graphique 2*) : les pathologies psychiatriques sont globalement moins fréquentes chez les femmes dans une première partie de la vie, mais le sont plus à partir de 55 ans. Les troubles de l'humeur (dépression essentiellement) sont plus fréquents à tout âge, et globalement leur prévalence est supérieure de 50 % à structure d'âge identique. Même si l'on tient compte d'un phénomène probable de sous-déclaration chez les hommes, le constat d'une vulnérabilité particulière aux troubles dépressifs demeure, en lien possiblement avec des conditions économiques et sociales plus précaires.

Graphique 2 - Fréquence de pathologies psychiatriques prises en charge par le système de soins selon l'âge, pour les hommes et les femmes - 2014

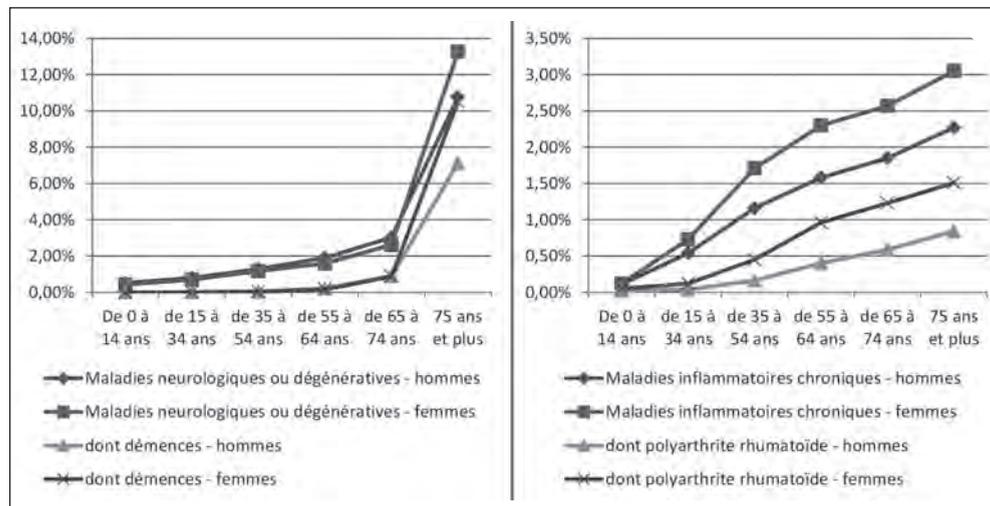


Source : Cartographie des pathologies - Données SNIIRAM - PMSI, traitements CNAMTS.

C'est le cas également de maladies inflammatoires ostéo-articulaires, telles que la polyarthrite rhumatoïde, qui touche les femmes deux fois et demie plus fréquemment que les hommes, à structure d'âge comparable. Elles sont plus atteintes également par les maladies neurologiques et dégénératives, et notamment par les démences, aux âges élevés où la prévalence de ces maladies augmente nettement : ainsi après 75 ans elle est de 11 % chez les femmes, 7 % chez les hommes (*Graphique 3*). Il s'agit ici uniquement de maladies traitées par le système de soins, mais ces constats sont corroborés par les études épidémiologiques.⁷

7 Ministère de la santé - DREES - La santé des femmes en France. La Documentation française - Paris 2009 - Fiche Nancy-Université EA 4003, école de santé publique - Faculté de médecine pour la polyarthrite rhumatoïde - Fiche InVS pour la maladie d'Alzheimer.

Graphique 3 - Fréquence des maladies neurologiques ou dégénératives et des maladies inflammatoires chroniques prises en charge selon l'âge, pour les hommes et les femmes - 2014



Source : Cartographie des pathologies - Données SNIIRAM - PMSI, traitements CNAMTS.

De la même manière, si les femmes sont moins souvent exposées à des conditions de travail pénibles physiquement (50 % des femmes en emploi de plus de 50 ans ont eu au cours de leur vie professionnelle une période de travail de nuit, ou répétitif, ou physiquement exigeant, ou exposé à des produits nocifs, contre 63 % des hommes⁸), elles sont plus fréquemment exposées à des risques psychosociaux, notamment au stress résultant de la combinaison d'une forte demande psychologique et d'une faible latitude décisionnelle (28 % des femmes *versus* 20 % des hommes)⁹, ou à des agressions verbales ou physiques. Certaines études font également état d'une vulnérabilité particulière aux troubles musculo-squelettiques, dont la prévalence est élevée pour certains métiers nécessitant des gestes répétitifs et peu qualifiés.

Enfin les femmes subissent des violences dans une proportion très supérieure aux hommes, et notamment des violences sexuelles ; 11 % déclarent avoir subi des attouchements, des rapports sexuels forcés et des tentatives de rapports forcés, contre 3 % pour les hommes, avec un impact sur la santé tant psychologique (un cinquième réalisent au moins une tentative de suicide) que physique (la moitié des femmes ayant subi des violences, physiques ou sexuelles de la part de leur conjoint font état de blessures).

8 Bahu M., Mermilliod C., Volkoff S. Conditions de travail pénibles au cours de la vie professionnelle et état de santé après 50 ans. In : L'état de santé de la population en France - Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique - Rapport 2011.

9 « D'après le modèle de tension au travail de Karasek, le risque de pathologie au travail se définit, pour le salarié, comme la combinaison d'une forte demande psychologique et d'une faible latitude décisionnelle, c'est-à-dire une forte charge de travail (quantité, intensité, complexité), sans possibilité d'utiliser ou de développer ses compétences et sans marge de manœuvre. » Extrait de : Ministère de la santé - DREES - La santé des femmes en France. La Documentation française - Paris 2009.

Au-delà donc de l'espérance de vie qui leur confère un avantage indéniable, la santé des femmes présente un tableau plus nuancé, avec une fréquence plus importante de pathologies qui sont source d'incapacités et d'altération de la qualité de vie. Et de fait, l'écart entre les hommes et les femmes s'amenuise quand on considère non pas l'espérance de vie globale, mais l'espérance de vie en bonne santé, c'est-à-dire sans limitation d'activité ou sans incapacité majeure. En France, d'après les résultats des dernières enquêtes européennes, il n'est plus que de 0,8 ans à la naissance, de 0,3 ans à 65 ans (contre 6,5 ans et 4,3 ans respectivement pour l'espérance de vie totale). Les mêmes constats peuvent être faits à l'échelle européenne, avec seulement 0,4 ans d'écart d'espérance de vie en bonne santé (Tableau 2).

Tableau 2 - Espérance de vie et espérance de vie sans incapacité, à la naissance et à 65 ans - 2014

	Espérance de vie						Espérance de vie sans incapacité					
	À la naissance			À 65 ans			À la naissance			À 65 ans		
	H	F	Écart	H	F	Écart	H	F	Écart	H	F	Écart
France	79,5	86	6,5	19,7	24	4,3	63,4	64,2	0,8	10,4	10,7	0,3
UE 28	78,1	83,6	5,5	18,2	21,6	3,4	61,4	61,8	0,4	8,6	8,6	0

Source : Eurostat.

Récemment, on a constaté un accroissement inattendu du nombre d'années passées en situation d'incapacité chez les 50-65 ans, plus prononcé chez les femmes. Ces générations (qui, pour les femmes, correspondent aux premières générations massivement présentes sur le marché du travail salarié) pourraient donc être plus affectées par des pathologies conduisant à des limitations fonctionnelles et à des incapacités.¹⁰

II- Protection contre le risque maladie et accès aux soins : des inégalités dans les deux sens

En termes de protection contre le risque maladie, les femmes étaient en 2012 un peu plus nombreuses que les hommes à bénéficier d'une couverture complémentaire, mais plus fréquemment acquise via un contrat individuel (56 % *versus* 50 %) ou la CMU-C, et moins souvent par des contrats collectifs (32 % *versus* 37 % - Tableau 3). Ceci peut être dû à un effet de structure démographique, les contrats individuels étant la règle aux âges plus élevés où les femmes sont plus nombreuses.

¹⁰ Cambois E, Blachier A, Robine JM. Aging and health in France : an unexpected expansion of disability in mid-adulthood over recent years. *European Journal of Public Health* 2013 Aug; 23(4):575-81.

Tableau 3 - Situation par rapport à la complémentaire santé et la nature du contrat (collectif, individuel, CMU-C) en 2012

	Oui					Non	Indéterminé
	TOTAL oui	Au moins 1 contrat collectif	Individuel uniquement	CMU-C	Indéterminé		
Homme	93,5	36,9	50,2	5,7	0,8	5,8	0,6
Femme	95,2	32,3	55,7	6,5	0,6	4,3	0,5

Source : Enquête ESPS - IRDES.

Le renoncement aux soins est, d'après l'enquête « Statistiques sur les ressources et les conditions de vie - SRCV » réalisée par l'Insee¹¹, supérieur chez les hommes pour les soins médicaux (4 % *versus* 3,3 %) et équivalent pour les soins dentaires (6,5 %). Cependant si l'on ne considère que les renoncements pour raison financière (hors raisons de manque de temps, d'éloignement,...), il est plus élevé chez les femmes. Ceci est convergent avec les résultats de l'enquête « Santé soins et protection sociale » de l'IRDES (avec des ordres de grandeur de taux de renoncement beaucoup plus élevés, mais les questionnements dans les deux enquêtes ne sont pas comparables) :

Tableau 4 - Taux de renoncement aux soins pour raisons financières - 2012

	Hommes	Femmes
Soins dentaires	16,1	19,2
Lunettes, verres, monture ou lentilles	7,9	11,6
Consultation de médecin	4,1	6,7
Autres soins et examens	3,5	5,6
Au moins un des items précédents	22,0	29,0

Source : Enquête sur la santé et la protection sociale - IRDES.

Là encore, une analyse complémentaire serait nécessaire pour voir si les écarts entre les sexes perdurent lorsque l'on prend en compte les différences de situations sociales et de revenus, qui sont de très forts déterminants du renoncement aux soins (pour mémoire : 13 % à 37 % selon les quintiles de revenu).

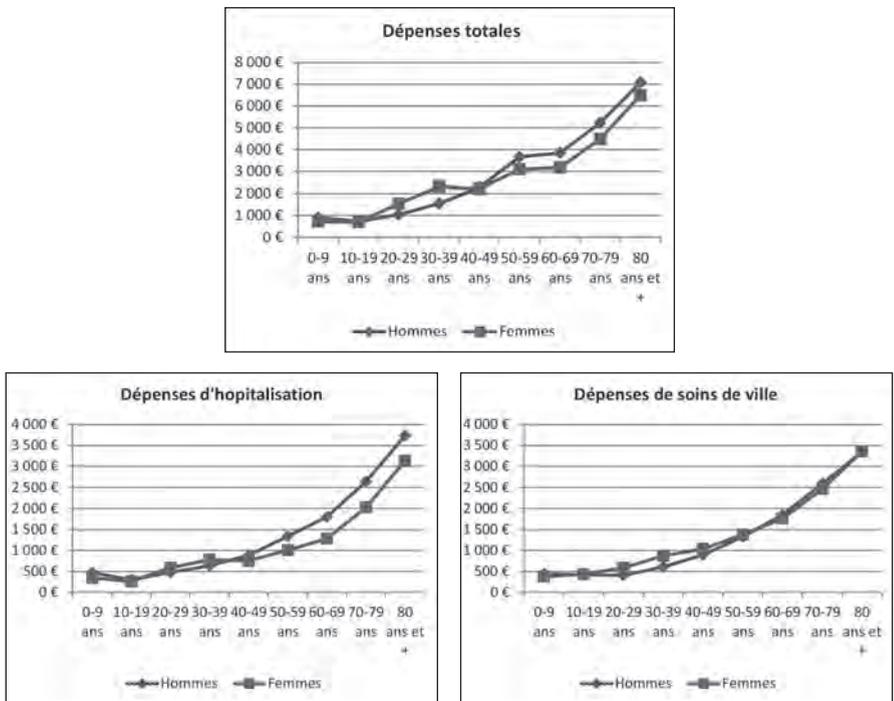
En matière d'utilisation du système de soins, les femmes ont, de nombreuses données d'enquête le montrent, un recours plus fréquent au médecin, généraliste comme spécialiste : la proportion de femmes ayant une consultation dans l'année est plus élevée et le nombre moyen de consultations aussi¹².

11 Qui est la partie française d'une enquête européenne coordonnée par Eurostat, l'EU-Silc (« European Union Statistics on Income and Living Conditions »).

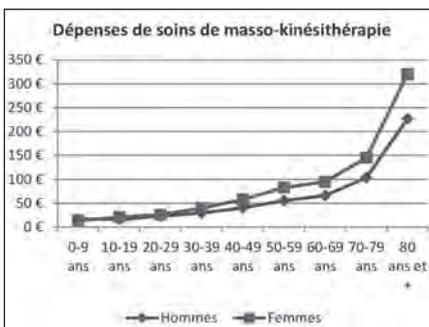
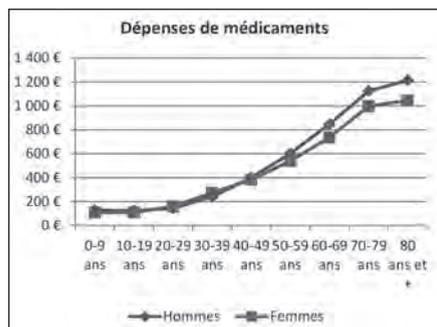
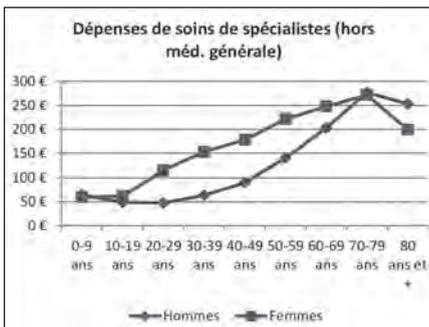
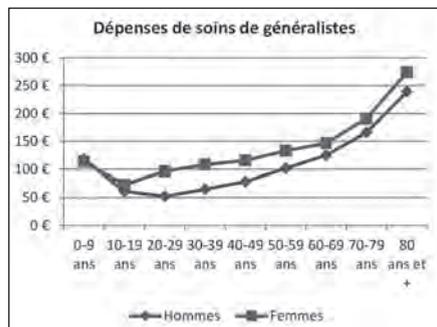
12 Montaut A. Santé et recours aux soins des femmes et des hommes. Premiers résultats de l'enquête Handicap-Santé 2008. Études et résultats N° 717 - février 2010. DREES.

Cela ne signifie pas pour autant que leurs dépenses de soins sont systématiquement supérieures. Au contraire, à l'exception des tranches d'âge correspondant à la maternité, les dépenses totales¹³ sont supérieures pour les hommes à âge comparable. Ce sont surtout les dépenses d'hospitalisation qui font la différence, et ceci est sans doute à mettre en rapport avec la fréquence plus élevée de maladies qui génèrent des soins hospitaliers (maladies cardiovasculaires, cancers, insuffisance rénale chronique terminale,...) ; pour les soins de ville, les dépenses moyennes par personne sont légèrement supérieures pour les hommes, mais l'écart est faible. Le sens de ces écarts peut varier selon les postes : les dépenses de médicaments sont plus élevées chez les hommes ; c'est l'inverse pour les soins de généralistes, les soins de spécialistes, sauf aux âges les plus élevés (on retrouve en termes de dépenses le constat d'un recours plus fréquent) ou les soins de masso-kinésithérapie (*Graphique 4*).

Graphique 4 - Dépenses moyennes par personne selon l'âge - 2012



13 Il s'agit des dépenses remboursables.



Source : SNIIRAM - PMSI et répertoire national inter-régimes des bénéficiaires - traitements CNAMTS et auteur.

Cependant, les inégalités vis-à-vis du recours aux soins peuvent difficilement être appréciées sur la base du seul constat de différences de consommation médicale : en effet ces différences ne peuvent être interprétées qu'au regard des besoins de soins. Or, on a vu précédemment que les pathologies qui touchent plus particulièrement les hommes ou les femmes ne sont pas les mêmes (à titre d'exemple, les femmes sont plus souvent atteintes de dépression et, de fait, elles consomment 80 % de plus d'antidépresseurs que les hommes, à âge égal). L'analyse doit donc être menée en abordant des problèmes de santé spécifiques, ce qui exclut un regard exhaustif.

Les quelques exemples ci-dessous montrent que les inégalités peuvent jouer dans les deux sens.

Ainsi, dans le diabète, une des complications les plus graves peut conduire à une amputation (9 000 pour le seul régime général en 2014) ou à une plaie du pied nécessitant une hospitalisation (22 000 personnes). Ces complications très graves, tant en termes de survie (26 % de décès douze mois après une amputation) qu'en termes de qualité de vie, se concentrent vers les hommes, qui représentent 69 % des personnes amputées en 2008, 73 % en 2014. Or, on voit que ceux-ci sont moins nombreux que les femmes à recourir aux soins podologiques (qui ont été inscrits au remboursement il y a quelques années pour les patients diabétiques repérés comme à risque), alors que leur risque est plus élevé¹⁴.

14 Source : Rapport charges et produits pour l'année 2017. Téléchargeable à l'adresse suivante : http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/cnamts_rapport_charges_produits_2017.pdf

De la même manière, parmi les personnes ayant souffert d'un épisode dépressif en 2010, seuls la moitié des hommes avaient eu recours à un professionnel de santé, une structure de soin ou à une psychothérapie, alors que c'était le cas pour deux tiers des femmes. Si le recours aux soins pour cause de dépression s'améliore nettement entre 2005 et 2010, cette amélioration est plus marquée pour les femmes (Tableau 5).

Tableau 5 - Personnes ayant souffert d'un épisode dépressif caractérisé dans l'année sans recours à un professionnel de santé, à un organisme ni à une psychothérapie (en pourcentage).

	Pas de recours à un professionnel de santé, à une structure de soin, ni à une psychothérapie		idem + pas de recours aux médicaments psychotropes	
	2005	2010	2005	2010
Ensemble	63	39	45	32
Sexe				
Hommes	67	49	53	39
Femmes	61	33	41	28

Source : Baromètres santé 2005 et 2010, INPES.¹⁵

À l'inverse, de nombreux travaux montrent que les maladies cardio-vasculaires chez les femmes (qui sont en forte croissance, notamment du fait de l'évolution des modes de vie et des comportements), sont souvent sous-diagnostiquées et moins bien traitées. Un récent Bulletin épidémiologique hebdomadaire souligne ainsi « *une prise en charge moins bonne que les hommes : dépistage plus tardif ou incomplet, délai dans l'appel du 15... ; insuffisance de prescription des traitements médicamenteux ; procédures de revascularisation plus complexes liées à la constitution même de leurs artères ; recours peu fréquent à la réadaptation après l'accident.* »¹⁶ Il ne s'agit pas d'une problématique spécifiquement française : le constat est fait internationalement¹⁷, notamment pour l'infarctus du myocarde, d'une difficulté à détecter les symptômes, plus souvent atypiques, de délais de prise en charge plus longs, d'une moindre probabilité d'être adressé à un spécialiste et d'avoir des explorations (coronarographie, angiographie), d'une moindre fréquence de prescription d'aspirine et de traitements contre le cholestérol.

15 Beck F, Guignard R. La dépression en France (2005-2010) : prévalence, recours au soin et sentiment d'information de la population. La santé de l'homme n° 421 - septembre-octobre 2012.

16 Mounier-Vehier C. Éditorial. Santé cardiovasculaire des femmes : il faut œuvrer ensemble pour une prévention féminine individualisée. Bull Epidémiol Hebd. 2016 ; (7-8):98-9 http://www.invs.sante.fr/beh/2016/7-8/2016_7-8_0.html

17 Wilkins D. et al. The Gender and Access to Health Services Study. Final Report. Department of Health 2008.

Ceci renvoie évidemment aux stéréotypes que véhicule le système de soins. L'infarctus du myocarde reste vu comme maladie masculine, caractéristique des hommes d'âge moyen stressés au travail, fumeurs, sédentaires et avec un peu d'embonpoint. Ces stéréotypes contribuent à la tendance à un sous-diagnostic et à un sous-traitement chez les femmes. Ce n'est que récemment que des recherches ont été développées pour mieux comprendre la maladie à la fois chez les femmes et chez les hommes.

Ces stéréotypes de genre fonctionnent d'ailleurs dans les deux sens. Une note du Comité d'éthique de l'INSERM publiée en 2014 pointe par exemple le fait que « *l'exemple en miroir de l'infarctus du myocarde est celui de l'ostéoporose qui est restée sous-diagnostiquée chez les hommes. Jusqu'en 1990, l'ostéoporose était « féminine » car associée à la ménopause et aux traitements hormonaux de substitution. Depuis, la mise en cause de ces traitements dans la prévention de l'ostéoporose chez les femmes a conduit à reconsidérer la pathologie et à établir des scores de densité osseuse pour les hommes au même titre que ceux définis pour les femmes* ».

L'expression de la souffrance psychique est également variable selon le genre. Aux États-Unis, une recherche récente a conclu que, si l'on estimait la fréquence de la dépression en rajoutant, aux symptômes traditionnellement retenus, d'autres symptômes (agressivité, prise de risque,...) qui pourraient relever d'une expression plus fréquente chez les hommes, pour qui admettre une tristesse ou une faiblesse émotionnelle est vu comme socialement inacceptable, alors la prévalence serait équivalente chez les hommes et chez les femmes¹⁸.

Dans tous les exemples précédents, on voit la marque des représentations sociales sur le rapport à la maladie, l'expression des symptômes et le recours aux soins des patients, et en retour sur les attitudes et pratiques des professionnels. Elles peuvent se traduire dans des inégalités dans la détection et la prise en charge, qui peuvent toucher aussi bien les femmes que les hommes selon les cas.

En conclusion : l'importance d'un développement des recherches sur le genre

Les recherches sur les inégalités sociales de santé se sont développées en France depuis une dizaine d'années, sur l'état de santé des différents groupes sociaux et l'évolution des écarts dans le temps, sur l'accès et le renoncement aux soins, et y compris sur le caractère socialement différencié des réponses du système de soins et des pratiques des professionnels.

En revanche, contrairement aux pays anglo-américains et européens, la dimension du genre est souvent négligée dans notre pays dans la recherche en santé publique. Ces recherches doivent être développées, car nombre d'exemples - tels que ceux cités plus haut - montrent que les codes sociaux se traduisent, au-delà des différences biologiques, par des représentations de la maladie, des expressions des symptômes, des attitudes vis-à-vis de la prévention et soins, des stéréotypes professionnels qui construisent des inégalités entre les hommes et les femmes.

¹⁸ Martin Lisa A, Harold W. Neighbors, Derek M. Griffith (2013). « The Experience of Symptoms of Depression in Men vs Women, Analysis of the National Comorbidity Survey Replication », JAMA Psychiatry, published online August 28, 2013.