Titre de l'article :

Réduire les inégalités : pour des traitements mieux différenciés selon le genre et le sexe

Titre en anglais :

Reducing inequalities: for a better differentiated treatment according to gender and sex

Auteur(s) :

Anne-Violette Bruyneel*, Suzanne Gard**

Fonctions + Adresse complète + MAIL :

*Professeure assistante, **Chargée de cours, Filière Physiothérapie, Haute école de santé, HES-

SO//Haute Ecole Spécialisée de Suisse Occidentale, Genève, Suisse

Rue des Caroubiers 25

CH- 1227 Carouge

Suisse

Tél: +33 6 76 58 34 68 / +41 22 388 34 95

Anne-violette.bruyneel@hesge.ch

Conflit d'intérêt (sinon déclarer vos conflits) :

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt en lien avec le présent article.

5 à 10 mots-clés, classés par ordre alphabétique et séparés par des points virgules :

Santé ; inégalités ; physiothérapie ; genres ; sexe

Traduction anglaise des mots-clés :

Health; inequalities; physiotherapy; gender; sex

Texte:

Réduire les inégalités : pour des traitements mieux différenciés selon le genre et le sexe

Introduction

L'« *homme moyen* » est considéré comme l'être humain standard dans de nombreux domaines de la recherche et de la santé [1]. Or, la femme a des caractéristiques chromosomiques, hormonales et morphologiques qui sont différentes de celles des hommes, ainsi qu'une identité sociale spécifique [2,3]. Ne pas prendre en compte ces particularités liées au genre et au sexe a des conséquences sur la vie quotidienne et la santé des femmes. Par exemple, la reconnaissance vocale comprend mieux la voix des hommes, et les claviers tactiles ont été conçus à partir de la modélisation des mains des hommes [4]. Pour les *crash-tests* réalisés dans les laboratoires, la base est un « *homme 50 %* » qui mesure 1,78 m et 70 kg [1]. Ce n'est qu'en 2024 que les tests devraient être réalisés sur une « *femme 50 %* », alors que celles-ci sont plus souvent blessées que les hommes dans des accidents et avec des dispositifs de sécurité similaires [5].

Aspect historique

Des éléments historiques expliqueraient que les particularités des femmes aient été ignorées jusqu'au 20^{ème} siècle. Pendant longtemps, la référence parfaite de l'être humain en santé était un modèle masculin, comme l'homme de Vitruve de Léonard de Vinci. Il était considéré comme normal que les femmes soient plus sujettes aux maladies dans un contexte où celles-ci étaient exclues des académies et des facultés jusqu'à la deuxième moitié du 19^{ème} siècle [6]. Ce n'est qu'au 20^{ème} siècle que les professions médicales se féminisent et au début du 21^{ème} siècle que les caractéristiques des femmes commencent à être intégrées dans les diagnostics et les traitements.

Impact sur les diagnostics et les traitements

Les différences anatomiques, physiologiques et génétiques auraient un rôle dans la disparité des maladies et des symptômes entre les sexes [7]. Les maladies auto-immunes sont plus fréquentes chez les femmes, alors que les maladies cardiovasculaires sont plus fréquentes chez les hommes. Ce qui est moins connu, c'est la différence de symptômes pour une même maladie. En cas d'infarctus, les symptômes différents entre les sexes seraient à l'origine d'un allongement d'une heure en moyenne de la prise en charge pour les femmes [8]. De plus, certaines maladies sont spécifiques, mais, peu recherchées dans l'approche standardisée des diagnostics. Pour réduire les inégalités, la clinique Rhein-Maas (Allemagne) propose un service de cardiologie uniquement pour les femmes. Les dosages médicamenteux sont souvent identiques pour les deux sexes, alors que les femmes ont un taux plus élevés d'effets secondaires que les hommes [9]. Seules 35 % des recommandations cliniques incluent les questions de sexes et de genres [3]. Afin de mieux adapter les prescriptions, des chercheurs de Stockholm ont créé un site qui référence les différences associées aux médicaments selon les genres (dose, événements indésirables, efficacité, références) [10].

Freins à l'égalité de la représentation des sexes dans la recherche

Les données issues de la recherche sont collectées majoritairement chez les hommes. En cardiologie, le taux moyen des femmes recrutées dans les essais cliniques est de 30 %; seules 50 % des études présentent les résultats selon le sexe [8]. Les femmes sont souvent exclues des études en raison du risque de grossesse car les commissions d'éthiques exigent de prouver qu'elles ne sont pas enceintes. De plus, les cycles hormonaux plus variables rendent l'analyse des résultats plus complexe. Ces aspects augmentent la complexité, les coûts et freinent le recrutement des femmes. Récemment, afin de lutter contre les inégalités et les discriminations, la Communauté européenne a intégré l'égalité de genre comme critère d'excellence scientifique [11]. Dans un rapport de 2020, la Haute Autorité de santé préconise que les différences entre les sexes soient considérées à toutes les

étapes de projet de recherche et que les comités de protection des personnes aient une vigilance accrue sur ces questions [2].

La question du sexe et du genre lors du traitement en physiothérapie

La singularité du traitement en physiothérapie selon le sexe et le genre n'est que peu prise en compte, alors que de nombreux aspects bio-psycho-sociaux sont différents. Par exemples, le sexe influence les propriétés biomécaniques des ligaments et des tendons [12], la réponse à l'entraînement en force-résistance [13], les caractéristiques cardio-vasculaires [14], la réponse au type d'exercices proposés pour atténuer les effets délétères du vieillissement [15] et les troubles du mouvement en cas de maladie de Parkinson [16].

De plus, un biais de genre en lien avec la douleur chronique a été mis en évidence dans les approches thérapeutiques [17], ainsi que sur les résultats des programmes de réadaptation, en cas de lombalgies [18]. Or, pour cette pathologie, seules 5 recommandations de bonne pratique sur 36 prennent en compte le genre et le sexe, alors que des différences sont observées pour le diagnostic, le pronostic et le traitement [19]. En cas de lombalgie aiguë également, les prédicteurs des résultats de la physiothérapie sont différents entre les sexes [20].

Il convient de mieux différencier les traitements selon le sexe et le genre afin d'optimiser l'efficacité de la physiothérapie. Mais, le manque d'études sur le sujet est « criant », et ces questionnements restent rares. Il est donc indispensable de soulever ces aspects dans la recherche, la clinique et la pédagogie pour lutter contre les inégalités de traitement entre hommes et femmes, ainsi que pour améliorer l'adaptabilité des traitements.

Références :

- [1] Xenius - Inégalités de genre : un monde pensé pour les hommes - Regarder l'émission complète. ARTE n.d. <https://www.arte.tv/fr/videos/092139-023-A/xenius-inegalites-de-genre-un-monde-pense-pour-les-hommes/> (accessed January 18, 2021).
- [2] Sexe, genre et santé - Rapport d'analyse prospective 2020. Haute Autorité de Santé n.d. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3223570/fr/sexe-genre-et-sante-rapport-d-analyse-prospective-2020 (accessed January 26, 2021).
- [3] Tannenbaum C, Clow B, Haworth-Brockman M, Voss P. Sex and gender considerations in Canadian clinical practice guidelines: a systematic review. CMAJ Open 2017;5:E66–73. <https://doi.org/10.9778/cmajo.20160051>.
- [4] L'Intelligence Artificielle se mêle de vos décisions et de vos choix. Women Today 2020. <https://womentoday.fr/intelligence-artificielle-se-mele-de-vos-decisions-et-de-vos-choix/> (accessed January 18, 2021).
- [5] Bose D, Segui-Gomez M, Crandall JR. Vulnerability of Female Drivers Involved in Motor Vehicle Crashes: An Analysis of US Population at Risk. Am J Public Health 2011;101:2368–73. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2011.300275>.
- [6] Hanafi N. Les femmes lettrées du siècle des Lumières face à leurs soigneurs : des rapports de pouvoirs, de savoirs et de genre dans la relation thérapeutique. Bulletin Du Centre d'Etude d'Histoire de La Médecine 2000;21–46.
- [7] Snell DM, Turner JMA. Sex Chromosome Effects on Male–Female Differences in Mammals. Curr Biol 2018;28:R1313–24. <https://doi.org/10.1016/j.cub.2018.09.018>.
- [8] Maas AHEM, van der Schouw YT, Regitz-Zagrosek V, Swahn E, Appelman YE, Pasterkamp G, et al. Red alert for women's heart: the urgent need for more research and knowledge on cardiovascular disease in women: proceedings of the workshop held in Brussels on gender differences in cardiovascular disease, 29 September 2010. Eur Heart J 2011;32:1362–8. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehr048>.
- [9] Schmid Y, Navarini A, Thomas Z-RM, Pflleiderer B, Krähenbühl S, Mueller SM. Sex differences in the pharmacology of itch therapies-a narrative review. Curr Opin Pharmacol 2019;46:122–42. <https://doi.org/10.1016/j.coph.2019.05.008>.

- [10] Summary of the Symposium of Sex and Gender in Physiology and Pharmacology Held at the Royal Swedish Academy of Sciences in Stockholm, October 2018. *Gender and the Genome* 2019;3:2470289719838097. <https://doi.org/10.1177/2470289719838097>.
- [11] Genre et santé. Inserm - La science pour la santé n.d. <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/genre-et-sante> (accessed January 18, 2021).
- [12] Hansen M. Female hormones: do they influence muscle and tendon protein metabolism? *Proc Nutr Soc* 2018;77:32–41. <https://doi.org/10.1017/S0029665117001951>.
- [13] Roberts BM, Nuckols G, Krieger JW. Sex Differences in Resistance Training: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Strength Cond Res* 2020;34:1448–60. <https://doi.org/10.1519/JSC.0000000000003521>.
- [14] Barnes JN, Fu Q. Sex-Specific Ventricular and Vascular Adaptations to Exercise. *Adv Exp Med Biol* 2018;1065:329–46. https://doi.org/10.1007/978-3-319-77932-4_21.
- [15] Barha CK, Davis JC, Falck RS, Nagamatsu LS, Liu-Ambrose T. Sex differences in exercise efficacy to improve cognition: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials in older humans. *Front Neuroendocrinol* 2017;46:71–85. <https://doi.org/10.1016/j.yfrne.2017.04.002>.
- [16] Meoni S, Macerollo A, Moro E. Sex differences in movement disorders. *Nat Rev Neurol* 2020;16:84–96. <https://doi.org/10.1038/s41582-019-0294-x>.
- [17] Samulowitz A, Gremyr I, Eriksson E, Hensing G. “Brave Men” and “Emotional Women”: A Theory-Guided Literature Review on Gender Bias in Health Care and Gendered Norms towards Patients with Chronic Pain. *Pain Res Manag* 2018;2018:6358624. <https://doi.org/10.1155/2018/6358624>.
- [18] Schmidt B, Kolip P, Greitemann B. [Gender-specific aspects in chronic low back pain rehabilitation]. *Rehabilitation (Stuttg)* 2001;40:261–6. <https://doi.org/10.1055/s-2001-17414>.
- [19] Rathbone T, Truong C, Haldenby H, Riazi S, Kendall M, Cimek T, et al. Sex and gender considerations in low back pain clinical practice guidelines: a scoping review. *BMJ Open Sport Exerc Med* 2020;6. <https://doi.org/10.1136/bmjsem-2020-000972>.
- [20] George SZ, Fritz JM, Childs JD, Brennan GP. Sex differences in predictors of outcome in selected physical therapy interventions for acute low back pain. *J Orthop Sports Phys Ther* 2006;36:354–63. <https://doi.org/10.2519/jospt.2006.2270>.