

Rapport technique n°2: Guide pour une recherche en santé plus sensible au genre

Rédigé par Alex Berryhill et Lorena Fuentes, Ladysmith (août 2021)

Ce dossier a été élaboré en partenariat avec [Gender at Work](#) pour le Programme [Global South AI4COVID](#), financé par le Centre de recherches pour le développement international du Canada (CRDI) et l'Agence suédoise de coopération internationale au développement (ASDI).



Qu'est-ce que la recherche en santé sensible au genre, et pourquoi est-ce important ?

La santé des individus et des communautés est déterminée par une série de facteurs, y compris des caractéristiques biologiques, des dynamiques socioculturelles et politico-économiques, ainsi que l'environnement physique – qui sont tous également influencés par le genre. L'impact du genre sur les déterminants de la santé est vaste et diversifié. Par exemple, des données à l'échelle mondiale indiquent que les hommes qui adhèrent plus fortement aux croyances traditionnelles de la masculinité sont moins susceptibles que les femmes de rechercher des soins préventifs, notamment des tests et des traitements contre le VIH, la tuberculose et la COVID-19.¹ Au Cameroun, les enfants et les hommes travaillent davantage à l'extérieur que les femmes en raison des normes locales en matière de genre, ce qui les conduit à être plus exposés aux piqûres de simule et, par conséquent, à l'onchocercose.² En Éthiopie, la recherche montre que «lorsque les filles sont considérées comme un atout financier moins intéressant que les garçons, les parents pourraient investir moins dans la santé et l'éducation de celles-ci», ce qui entraîne des disparités entre les sexes dans l'accès aux traitements pour les maladies infantiles courantes et, par conséquent, des disparités en matière de santé et de bien-être. Cependant, de telles considérations sont souvent négligées dans la recherche sur la santé en raison (a) des lacunes dans les données sur le genre, ainsi que (b) des lacunes dans les capacités à mener des analyses de genre.

Par lacunes dans les données sur le genre, nous entendons le **manque de preuves concernant la relation entre les déterminants sociaux** (y compris le genre, ainsi que d'autres facteurs sociaux tels que l'âge, la race, le revenu, etc.) **et les risques, expositions, vulnérabilités et résultats différentiels en matière de santé.**³ Une grande partie de la recherche sur la santé s'est concentrée sur le «mâle neutre», ce qui a occulté l'impact d'autres déterminants sociaux sur les résultats en matière de santé. Par exemple, la recherche sur les maladies coronariennes s'est historiquement appuyée sur des

¹ [Springer et Mouzon 2011](#); [Chikovore et al. 2014](#); [ONUSIDA 2017](#).

² [Wanji S. et al. 2015](#).

³ [Fuentes & Cookson 2020](#).

données relatives aux expériences des hommes. L'exclusion des données sur les expériences des femmes a conduit à une catégorisation des symptômes des femmes comme "atypiques", avec pour conséquence un diagnostic tardif et des taux de mortalité plus élevés.⁴

Même lorsque de telles données sexospécifiques existent, une **approche féministe permettant de comprendre comment et pourquoi les différences dans les relations de pouvoir entraînent des risques, des expositions, des vulnérabilités et des résultats différents en matière de santé chez les individus et les différentes sous-populations**⁵ a traditionnellement fait défaut dans les études de santé. L'analyse de genre contextualise les données, permettant ainsi aux chercheurs en santé et aux autres parties prenantes de relier les résultats à l'action. En effet, tandis que les données ventilées par sexe sur les cas de COVID-19 constituent une base importante pour comprendre l'impact différencié de la pandémie selon le genre, une analyse de genre est nécessaire pour *expliquer* ces différences et élaborer des réponses appropriées.

Pour tenter de répondre à ces lacunes en matière de données et de capacités, la **recherche en santé sensible au genre cherche à saisir la manière dont les différences entre les genres et les dynamiques de pouvoir interagissent avec les déterminants de la santé**. La recherche en santé sensible au genre est intersectionnelle : elle cherche à comprendre comment et quels facteurs se croisent pour accentuer la vulnérabilité et l'exclusion chez les individus et les différentes sous-populations. En outre, la recherche sur le genre reconnaît que le genre est une structure relationnelle, qui nécessite une analyse des différences entre les genres et des dynamiques de pouvoir à différents niveaux, y compris aux niveaux interpersonnel, communautaire et des systèmes de santé institutionnels. **En générant des données sur les expériences différenciées et les inégalités qui y sont liées, nous sommes mieux placés pour développer des interventions dans le domaine de la santé, des services et des politiques de santé ciblés pour y remédier.**⁶

Concepts clés pour l'analyse de genre : Normes de genre et comportements de recours aux soins de santé

Une littérature croissante sur la relation entre les normes de genre et les comportements de recours aux soins de santé (CRSS) illustre la nécessité d'une recherche plus sensible au genre. Le comportement de recours aux soins de santé, défini comme «toute action entreprise par des individus qui considèrent avoir un problème de santé ou être malades dans le but de trouver un remède approprié»,⁷ a un impact significatif sur la santé individuelle et communautaire. Une intervention sanitaire bien planifiée exige d'abord une compréhension approfondie de la capacité

⁴ [Criado-Perez 2019](#) ; [Pot et al. 2019](#).

⁵ [John Hopkins University, Gender Analysis Toolkit for Health Systems](#).

⁶ [OMS 2020](#).

⁷ [Oberoi 2016](#).

ou de la propension de la population cible à accéder à l'intervention proposée. Dans des contextes régionaux très différents, notamment dans les pays à revenu faible, moyen et élevé, les **normes de genre (qui sont les règles informelles et les croyances partagées qui distinguent les rôles et les comportements attendus en fonction du genre dans une société donnée) façonnent le CRSS.**⁸

Pourtant, pour saisir l'un ou l'autre de ces aspects, les chercheurs en santé doivent d'abord (a) recueillir les données appropriées sur le genre pour mettre en évidence les différences et les iniquités sociales et structurelles des CRSS (dans les cas ci-dessus, les données sur l'emploi du temps peuvent indiquer à quels moments les femmes sont plus susceptibles d'avoir accès aux services de santé essentiels), puis (b) adopter une approche féministe pour comprendre, expliquer et répondre aux différents CRSS (c'est-à-dire utiliser, entre autres, les données sur l'emploi du temps, pour élaborer des programmes qui favorisent un accès plus équitable aux services de santé essentiels). **De telles analyses de genre requièrent un examen de la manière dont les normes de genre influencent la santé à de multiples niveaux qui interagissent : individuel, interpersonnel, communautaire et institutionnel (c'est-à-dire les systèmes politiques et de santé).** Enfin, il est nécessaire de noter l'importance d'impliquer les experts locaux en matière de genre, y compris les organisations de la société civile (OSC) féministes et dirigées par des femmes, afin de relier les données de genre à une analyse de genre contextualisée.

Efforts pour faire progresser la recherche sensible au genre : le « Big Data » et la médecine de précision

La médecine de précision cherche à « optimiser la voie du diagnostic, de l'intervention thérapeutique et du pronostic en utilisant de grands ensembles de données biologiques multidimensionnelles qui reflètent la variabilité individuelle des gènes, de la fonction et de l'environnement. »⁹ Pour ce faire, la médecine de précision s'appuie souvent sur les technologies de l'intelligence artificielle (IA) et les nouvelles sources de « big data » (par exemple, les données de santé personnelles collectées via des montres numériques ou d'autres applications numériques). Pour certains, l'utilisation de l'IA et du big data dans la médecine de précision représente une opportunité pour dépasser les biais historiques liés au genre dans la recherche en santé, afin de générer une compréhension plus approfondie des différences interindividuelles en matière de santé, et ainsi fournir des perspectives de recherche, des diagnostics et des traitements plus pertinents et plus percutants.

⁸ [Marcus & Harper 2015](#).

⁹ [Uddin et al. 2019](#), page 1.

Toutefois, les défenseurs des droits des femmes appellent à la prudence : le big data ne doit pas être considéré comme la panacée permettant d'acquérir des connaissances et de prendre des décisions «objectives». En réalité, la capacité de la médecine de précision à promouvoir de la recherche, des programmes, des services et des traitements plus inclusifs dépend de nombreux facteurs, comme la mesure dans laquelle les femmes et d'autres groupes marginalisés sont inclus dans le développement et l'essai de nouvelles méthodes de recherche en santé, afin d'assurer que celles-ci n'exacerbent pas ou ne créent pas de risques supplémentaires. En outre, tandis que les nouvelles sources de données peuvent contribuer à une compréhension plus représentative et inclusive des risques, expositions, vulnérabilités et résultats différentiels en matière de santé, le big data ne constitue pas la seule «nouvelle» source de données disponibles. La recherche sur la santé sensible au genre s'appuie plutôt sur une diversité de données qualitatives et quantitatives pour fournir une compréhension plus complexe et plus représentative des différences et des inégalités.

Enfin, si la médecine de précision offre une piste intéressante pour une recherche plus inclusive, toutes les formes de collecte et de génération de données comportent nécessairement des biais.

Par exemple, le phénotypage électronique (une méthodologie qui vise à découvrir les caractéristiques des patients que ceux-ci n'ont pas divulguées ou dont ils n'avaient pas connaissance) s'appuie sur les **données des dossiers médicaux électroniques (DME)**, qui sont souvent considérées comme moins biaisées. Cependant, les données des DME sont «intrinsèquement biaisées par la structure de la population des patients, la fréquence des visites médicales, les critères de diagnostic et les parcours de soins».¹⁰ Les données du DME reflètent également la qualité du traitement médical reçu — ce qui peut être problématique, étant donné que les femmes et les autres groupes marginalisés ont tendance à être pris moins au sérieux, leurs problèmes de santé étant souvent considérés comme psychologiques. Ces types de pratiques discriminatoires peuvent aboutir à une représentation erronée des femmes et des autres groupes marginalisés dans ces ensembles de données.¹¹

L'objectif de la recherche sensible au genre est non seulement, dans la mesure du possible, de réduire les biais, mais aussi de tenir compte de l'origine des données, des personnes qui en sont exclues et de la manière dont les potentiels biais influencent les idées et les actions subséquentes. Pour ceux qui souhaitent utiliser le big data et l'IA pour la médecine de précision, ou d'autres interventions de santé basées sur les données, il est **essentiel de réfléchir aux biais liés au genre et de rendre «visibles leurs effets potentiels sur la distribution du pouvoir et de l'agentivité, et ainsi fournir un point de départ pour les contrer.»**¹²

¹⁰ [Prosperi et al. 2018](#), page 10.

¹¹ [Pot et al. 2019](#).

¹² Ibid, page 183.

*Pour des recommandations sur comment tenir compte des biais dans les données biomédicales, voir **[The Gender of Biomedical Data: Challenges for Personalised and Precision Medicine](#)** dans la section de ressources ci-dessous.

Défis pour une recherche sensible au genre

Malgré un nombre croissant de lignes directrices, de recommandations et de politiques invitant les chercheurs en santé à examiner le sexe et le genre dans les résultats de santé – les progrès en la matière sont lents, en particulier dans la recherche clinique et les études biomédicales. La recherche de Day et al (2016) met en évidence quatre défis clés auxquels font face les chercheurs en santé, pour mener une recherche en santé sensible au genre.¹³

1. **Terminologie incohérente.** En raison d'une formation limitée sur la recherche en santé sensible au genre (et plus généralement, sur l'analyse de genre), le sexe et le genre sont souvent utilisés de manière interchangeable (et incorrecte) dans les études de santé, ce qui limite la comparabilité et occulte des aspects importants.
2. **Appliquer les concepts.** Pour saisir les risques, les expositions, les vulnérabilités et les résultats différents des hommes et des femmes en matière de santé, il faut poser des questions de recherche différentes et observer des phénomènes différents de ceux qui ont été traditionnellement posés et observés dans les études sur la santé. Ainsi, la recherche en santé sensible au genre exige de prendre en compte le genre dès le début des projets de recherche.
3. **Reconnaître l'impact.** Le sexe et le genre ne sont toujours pas reconnus comme des questions «sérieuses» à prendre en compte dans la recherche biomédicale, ceux-ci étant plutôt perçus comme des considérations «supplémentaires» ou facultatives – «ou [sont] seulement incorporés de manière symbolique afin de satisfaire aux exigences des demandes de financement».¹⁴ Un plaidoyer est nécessaire pour illustrer pourquoi une prise en compte significative du sexe et du genre, dès le début de la recherche en santé, est importante.
4. **Collecte de données et ensembles de données.** Enfin, les chercheurs dans le domaine de la santé peuvent ne pas disposer d'accès aux données nécessaires à la réalisation d'une analyse de genre. C'est notamment le cas des données administratives, qui peuvent inclure des données sur le sexe, mais qui sont moins susceptibles d'inclure d'autres indicateurs de genre pertinents (tels que le revenu, le statut de soignant, etc.). Pour y remédier, la recherche en santé sensible au genre requiert des ensembles de données qui vont au-delà des indicateurs cliniques (dont le pouvoir explicatif est souvent limité) pour envisager de nouvelles méthodes de collecte de données et des analyses à méthodes mixtes qui fournissent aux chercheurs les données nécessaires à une analyse de genre plus efficace.

¹³ [Day et al. 2016.](#)

¹⁴ Ibid, page 3.

Lacunes dans les données sur le genre : Orientation sexuelle et identité de genre

L'orientation sexuelle et l'identité de genre (OSIG) sont des déterminants clés des résultats en matière de santé. Pourtant, dans divers contextes, de telles données de genre sont rarement collectées, bien qu'elles soient exigées par un certain nombre de pays.¹⁵ Sans ces données, les disparités fondées sur l'orientation sexuelle et l'identité de genre sont invisibilisées et des services importants peuvent être ignorés. Par exemple, l'inclusion récente de l'OSIG commence à souligner que les femmes qui s'identifient comme lesbiennes ont des taux de dépistage du cancer du col de l'utérus plus faibles que celles qui s'identifient comme hétérosexuelles, tandis que les personnes bisexuelles signalent plus de besoins de santé non satisfaits que les personnes hétérosexuelles.¹⁶ De tels éclairages peuvent aider les praticiens, les défenseurs et les décideurs à concevoir des interventions appropriées pour garantir un accès équitable aux services de santé essentiels.

Il y a plusieurs raisons pour lesquelles les données relatives à l'OSIG ont été historiquement difficiles à collecter. Tout d'abord, dans les contextes où les communautés LGBTQ+ sont stigmatisées ou discriminées, la divulgation de ces informations peut présenter un risque pour la sécurité et le bien-être d'une personne. **En effet, si la collecte de données contribue à rendre visibles les disparités fondées sur l'OSIG, cette visibilité est une arme à double tranchant, qui peut également présenter de nouveaux risques ou créer des stigmates supplémentaires à l'encontre des communautés LGBTQ+.** Même dans les contextes où la stigmatisation est moindre, la divulgation de l'OSIG peut dépendre de la confiance, de la qualité et de l'efficacité du prestataire de services.

Étant donné les risques potentiels de la collecte de données relatives à l'OSIG, les **chercheuses féministes se tournent vers la recherche-action participative** pour déterminer l'intérêt des communautés touchées pour la collecte de données (est-elle souhaitée ? à quoi serviront ces données ?) et pour identifier la façon de recueillir efficacement et en toute sécurité des données sensibles (pour en savoir plus sur les méthodes de recherche féministes, voir le **Rapport technique n°1**). Par exemple, aux États-Unis, des entretiens de suivi avec des patients qui avaient divulgué leurs données OSIG ont permis de dégager plusieurs pistes utiles pour de futurs efforts de collecte de données relatives à l'OSIG:¹⁷

- Offrir une variété d'options pour l'OSIG n'est pas seulement pratique (en aidant à saisir la diversité des identités qui existent), mais indique également l'engagement d'une organisation de santé en faveur de l'inclusion. Il a été constaté que cela donne aux patients une «impression positive», et les rend plus susceptibles de partager leurs données;

¹⁵ [Streed et al. 2020.](#)

¹⁶ [Pinto et al. 2019.](#)

¹⁷ Ibid.

- Cela dit, certains patients ont déclaré qu'ils n'étaient pas sûrs de leur propre identité et qu'une option ouverte aurait été bienvenue;
- Les patients ont également indiqué qu'ils se sentaient mal à l'aise de répondre à des questions concernant leur OSIG parce que cela faisait remonter des expériences antérieures de discrimination.

Forts de ces connaissances, les chercheurs peuvent envisager de nouvelles façons de concevoir des méthodes de collecte de données qui répondent mieux aux besoins locaux, et répondent aux risques identifiés ou les atténuent. **Cela dit, si certaines de ces conclusions peuvent s'appliquer à différents contextes, il ne faut pas présumer qu'elles sont universelles:** les risques liés à la collecte de données dépendront des contextes locaux et nécessiteront donc une recherche locale et contextualisée.

Recommandations pour une recherche en santé plus sensible au genre

Envisager le changement dès le départ. La recherche féministe porte sur le changement. Dès le début de la recherche, la prise en compte d'un processus de changement potentiel ou d'un problème que votre recherche vise à résoudre, oriente non seulement les données à recueillir, mais aussi les personnes auprès desquelles vous les recueillez et avec qui vous les analysez.

S'engager avec les OSC pertinentes tout au long du processus de recherche pour relier les données à l'action. Les partenariats et l'implication des OSC pertinentes, y compris les OSC féministes et dirigées par des femmes, sont essentiels pour élaborer des questions de recherche axées sur les problèmes et les changements; pour réfléchir aux biais ou aux risques potentiels de la collecte de données; pour vérifier les résultats des données par rapport aux expériences vécues ; et, enfin, pour relier les résultats des données aux changements de politiques, programmes et services. Par exemple, le projet de Ladysmith sur les données sexospécifiques à la frontière entre la Colombie et le Venezuela, *Cosas de Mujeres*¹⁸, a été conçu en collaboration avec des OSC féministes locales, ce qui lui a permis d'identifier les besoins locaux en matière de données et les risques potentiels de la collecte de données, et donc de concevoir une intervention de collecte de données adaptée au contexte local. En outre, grâce à des partenariats permanents avec les OSC locales, *Cosas de Mujeres* co-analyse et co-présente régulièrement les résultats des données afin d'en tirer parti pour un impact politique au niveau local.

Utilisez une approche féministe intersectionnelle dans votre recherche: analysez comment le genre interagit avec d'autres facteurs sociodémographiques et structurels pour façonner les résultats en

¹⁸ [Zulver et al. 2021](#)

matière de santé. Le genre et un certain nombre d'autres facteurs (y compris les caractéristiques biologiques, les dynamiques socioculturelles et politico-économiques, et l'environnement physique d'une personne) se recoupent pour créer des risques, des expositions, des vulnérabilités et des résultats différents en matière de santé. Si saisir l'impact du genre sur la santé est une première étape importante pour combler les lacunes historiques et faire progresser la recherche sur le genre, l'utilisation d'une approche intersectionnelle est essentielle pour développer une recherche plus pertinente et plus efficace. Pour ce faire, posez les questions suivantes : Quels autres facteurs sociodémographiques et structurels pourraient influencer les résultats de l'étude ? Quels facteurs sont les plus pertinents pour le contexte local de l'étude et l'impact souhaité ? Avec quelles OSC locales puis-je m'engager pour comprendre comment capturer ces données de manière sûre et éthique ?

Complétez les données quantitatives par des données qualitatives. Des sources de données différentes sont susceptibles de raconter des histoires différentes. Par exemple, alors que les données quantitatives sur les taux de mortalité mondiaux liés à la COVID-19 suggèrent que les hommes ont été touchés de manière disproportionnée par la pandémie de COVID-19,¹⁹ les données qualitatives indiquent que les femmes ont été confrontées à des risques accrus de violence, disposent de moins de temps libre, et subissent des impacts économiques disproportionnés.²⁰ En outre, si les données quantitatives sont souvent descriptives (par exemple, les statistiques de mortalité liées à la COVID-19 ventilées par sexe), les données qualitatives sont généralement plus explicatives (par exemple, les discussions de groupe avec les survivants de la COVID-19 et les intervenants de première ligne peuvent fournir des hypothèses sur les impacts sexospécifiques de la pandémie).²¹ Par conséquent, il est important que la recherche en santé tienne compte de divers ensembles de données afin d'élaborer des analyses plus approfondies qui non seulement *décrivent* les résultats différentiels en matière de santé, mais commencent également à les *expliquer* afin d'éclairer, par la suite, les réponses politiques, programmatiques et des services.²²

Réfléchir aux données et à leurs biais dans toutes les dimensions de la recherche. La recherche sensible au genre cherche à réduire les biais quand et où cela est possible en s'engageant auprès d'OSC représentant des communautés marginalisées; en élargissant l'éventail des déterminants sociaux saisis dans l'ensemble de données; et en tirant parti d'ensembles de données multiples et complémentaires. Cependant, les cadres féministes reconnaissent que les données sont, par nature, biaisées. Par conséquent, lors de l'analyse des données collectées dans le cadre de recherches sur la santé, il est important que les chercheurs réfléchissent aux biais potentiels à toutes les étapes du processus de recherche et qu'ils intègrent ces réflexions dans l'analyse des données et la

¹⁹ [Dehingia et Raj 2020](#)

²⁰ [Cookson et Fuentes 2020](#) ; [Seck et al. 2021](#)

²¹ [Fuentes & Cookson 2020](#)

²² [Hankivsky et Kapilashrami 2021](#)

communication des résultats de la recherche (voir [The Gender of Biomedical Data : Challenges for Personalised and Precision Medicine](#) ci-dessous).

Outils et ressources supplémentaires

- [Incorporating Intersectional Gender Analysis into Research on Infectious Diseases of Poverty: A toolkit for health researchers](#) (Organisation mondiale de la santé)
- [Compilation de ressources : Données, genre et COVID-19](#) (Data 2X)
- [The Health Researcher’s Toolkit: Why Sex & Gender Matter](#) (Women’s Xchange)
- [Guidelines for Gender based Analysis of Health data for Decision Making](#) (Organisation panaméricaine de la santé)
- [What are the key ethics issues in health systems research?](#) (Ethics Resource)
- [Sex and Gender Equity in Research: rationale for the SAGER guidelines and recommended use](#) (Heidari et al. 2016)
- [How to do \(or not to do\)... gender analysis in health systems research](#) (Morgan et al. 2016)
- [The Gender of Biomedical Data: Challenges for Personalised and Precision Medicine](#) (Pot et al. 2019). Le tableau ci-dessous, publié dans Pot et al. 2019, propose six séries de questions visant à accroître la visibilité du biais de genre dans les données biomédicales.

Sujet	Questions
Coordination	<ul style="list-style-type: none"> • Qui a quel type d’influence sur le développement et la coordination des projets de données de santé, et qui peut décider des objectifs, des aspects procéduraux et des questions relatives à la propriété intellectuelle? • Quels sont le rôle et les intérêts de l’État, des organismes publics et privés, et notamment des entreprises technologiques et pharmaceutiques impliquées dans les projets de données de santé? • Quelles sont les structures de genre dans ces organisations et groupes, et comment cherchent-ils à promouvoir l’égalité des sexes, si tant est qu’ils le fassent?
Participation	<ul style="list-style-type: none"> • Quels sont les mécanismes explicites et implicites – y compris la disponibilité ou l’indisponibilité des ressources institutionnelles, technologiques, financières et éducatives – qui influencent la participation aux projets de données de santé? • Quels sont les facteurs favorables et contraignants qui affectent la représentation quantitative des femmes et des minorités de genre dans les projets de données sur la santé? Quelles sont leurs motivations à participer, et quelles formes prend leur participation? • Comment les questions centrales des projets de données sur la santé sont-elles perçues par les différents groupes de participants? Par

	<p>exemple, les femmes et les minorités de genre ont-elles d'autres motivations de participation que les acteurs centraux de coordination, et leurs intérêts sont-ils pris en compte?</p>
Communauté	<ul style="list-style-type: none"> • Les femmes et les minorités de genre sont-elles invitées à participer <i>en fonction de leur genre</i>, ou le genre n'est-il pas une catégorie visible et explicite dans ce projet de données sur la santé?
Évaluation	<ul style="list-style-type: none"> • Qui a le pouvoir de décider quels sont les bons résultats des projets de données sur la santé? • Comment les critères d'évaluation sont-ils définis, et qu'advient-il des résultats d'une évaluation? • Qui décide de la manière dont les biais de genre sont définis, et comment les ensembles de données et les technologies sont traités, une fois les biais de genre détectés? • Que fait-on pour réduire les biais?
Ouverture	<ul style="list-style-type: none"> • Comment l'accès aux données et l'ouverture des données sont-ils réglementés? • Qui a accès aux données, et qui a quel type de droits et de compétences en matière de conservation des données? • Les participants – dans notre cas, en particulier les femmes et les minorités de genre – peuvent-ils accéder à leurs données de manière simple, s'ils le souhaitent, et décider eux-mêmes de ce qu'ils veulent en faire? • Par qui et comment les tentatives de «débiaser» les ensembles de données sont-elles entreprises? • Quels autres mécanismes de contrôle de la qualité des données sont en place?
Entrepreneuriat	<ul style="list-style-type: none"> • Comment les besoins financiers des projets de données sont-ils satisfaits, et comment les intérêts à but lucratif ou autres sont-ils alignés ou en conflit? • Quels sont les enjeux commerciaux des projets de données? • Les données sur la santé ont-elles, à l'origine, été générées à d'autres fins ? Et y a-t-il eu une prise de conscience et une réflexion sur les éventuels biais sexistes au départ? • Des enjeux commerciaux extérieurs au système de santé ont-ils été inscrits dans les ensembles de données ou les infrastructures (par exemple, dans la manière dont les données ont été collectées et dans la nature de celles-ci, dans la manière dont les personnes ont été indemnisées ou non, etc.)?