



La santé des femmes - Etat des lieux et pistes pour l'avenir Synthèse

Une étude réalisée par les Femmes Prévoyantes Socialistes, la Fédération de Centres de Planning Familial des FPS et Solidarité - Mutualité Socialiste

1. Préambule

Les femmes et les hommes ne sont pas égaux par rapport à la santé. Tout d'abord, si l'espérance de vie des femmes est supérieure à celle des hommes (en Belgique, 82,8 ans contre 77,2) elles ne vivent pas plus longtemps en bonne santé : après 65,6 ans, tant pour les hommes que pour les femmes, le risque d'être en mauvaise santé augmente. Ensuite, certaines maladies touchent davantage les femmes (cancer du sein, ostéoporose, troubles alimentaires...) et d'autres leur sont tout à fait spécifiques (cancer du col de l'utérus, endométriose...). Enfin, le rapport à la maladie et les traitements diffèrent que l'on soit homme ou femme.

Ces différences sont liées à la physiologie inhérente au sexe masculin ou féminin mais les conditions de vie ont également une influence importante sur le rapport des hommes et des femmes à la santé.

Parce qu'en tant que mouvement de femmes et mouvement mutualiste, la santé des femmes nous tient à cœur, nous avons puisé dans les ressources de notre mutualité **Solidaris – Mutualité Socialiste** et de ses asbl les **Femmes Prévoyantes Socialistes** et la **Fédération des Centres de Planning Familial des FPS** pour recueillir suffisamment de données sur la santé des femmes en Wallonie et nous exprimer sur ces questions en tant qu'acteur social et politique.

Nous avons dressé un état des lieux de la santé et de l'accès aux soins de santé des femmes dans cinq domaines qui les impactent fortement et pour lesquels nous disposons de données : le report de soins, la contraception, l'interruption volontaire de grossesse, le dépistage des cancers du sein et de l'utérus et la consommation d'antidépresseurs. Cette étude adopte également une perspective socio-économique. Dans cette optique, nous avons notamment consacré une partie de l'étude aux ménages monoparentaux, qui cumulent souvent plusieurs difficultés de cet ordre. Sur base des constats dégagés, nous avons émis des revendications dans le but d'améliorer la santé des femmes, en voici les points principaux.

2. Situation socio-économique, état de santé et accessibilité financière aux soins pour les femmes

En Belgique, 15,3% de la population vit en dessous du seuil de pauvreté (qui s'élève à 1000€/mois pour une personne isolée et à 2100€/mois pour un ménage composé de 2 adultes et de 2 enfants). Les écarts régionaux sont importants : 9,8% en Région flamande, 34% à Bruxelles et 19,2% en Région wallonne. En d'autres termes, près d'un Wallon sur cinq est en situation de pauvreté (et la situation est encore plus grave à Bruxelles où une personne sur trois vit sous le seuil de pauvreté).

La pauvreté a souvent un visage féminin. La situation professionnelle (inégalités sur le marché du travail, travail à temps partiel, carrières interrompues,...), la situation familiale (ménage monoparental...) ou encore l'âge expliquent en partie ce constat. Ainsi, parmi la population de moins de 65 ans, le taux de pauvreté des femmes est de 16% contre 14,6% pour les hommes.

Pauvreté et santé sont fortement liées. En effet, la pauvreté peut entraîner une dégradation de l'état de santé et une mauvaise santé peut conduire à un appauvrissement. L'impact de la pauvreté sur la santé se marque à tous les âges de la vie et est fortement lié aux inégalités sociales et culturelles. La pauvreté rend aussi plus difficile l'accès à une prise en charge de qualité des problèmes de santé (faute d'argent, on reporte les soins de santé, avec le risque de devoir faire face à des problèmes de santé plus lourds et plus coûteux par la suite,...).

Sur base des indicateurs que nous avons sélectionnés, le risque de précarité semble plus grand chez les femmes et a tendance à augmenter ces dernières années. En effet, en termes **socio-économique** et **d'état de santé** de manière **générale**, les femmes sont en moins bonne position que les hommes : elles sont plus souvent en incapacité de travail (9,7% vs 8,7%), en invalidité (incapacité de travail de plus d'un an, 6,6% vs 6%), bénéficient plus de l'intervention majorée (BIM) de remboursement de soins (25,9% vs 20,8%), du revenu d'intégration sociale (3,9% vs 3,7%), de la garantie de revenu pour personnes âgées (7,8% vs 5%) et sont proportionnellement plus nombreuses à souffrir de maladies chroniques (5,1% vs 4,5%). Toutefois, entre 2008 et 2012, l'écart entre hommes et femmes est resté stable.

Entre 2009 et 2012, le recours aux **dispositifs** favorisant **l'accès aux soins** augmente pour les deux sexes. Les femmes restent cependant proportionnellement plus nombreuses à se voir appliquer le tiers payant social lors d'une prestation de soins (14% vs 13%) et sont davantage couvertes par un dossier médical global (57% vs 50%).

Concernant le **report de soins**, malgré les améliorations constantes visant un meilleur accès aux soins (tiers payant social, intervention majorée...) on constate :

- Qu'en 2013, en Wallonie, 1 personne sur 5 (21,4%) a reporté/renoncé à des soins pour des raisons financières.
- Que les femmes (24,9%), les familles monoparentales (44,3%) et les groupes sociaux les plus faibles (26%) sont les catégories les plus touchées.

- Que les médicaments sont le premier poste de dépenses reportées (32,9%), viennent ensuite les soins dentaires (22,9%) et les consultations chez le médecin généraliste (22,8%).

Recommandations

L'accessibilité financière aux soins de santé peut encore être améliorée:

- Réduire encore la facture des médicaments dans le budget du ménage, en rendant obligatoire la prescription sous le nom de la molécule (DCI) et pas sous le nom de marque pour les traitements aigus et lors de l'initiation d'un traitement chronique ; étendre le remboursement préférentiel des contraceptifs à toutes les femmes bénéficiant de l'intervention majorée, quel que soit leur âge.
- Réduire au maximum les démarches administratives via l'ouverture automatique des droits.
- Poursuivre les efforts menés au niveau de la sensibilisation et de l'information correcte des patients sur leurs droits et sur la manière la plus économe de recourir au système de soins.
- Améliorer le remboursement par l'assurance obligatoire des coûts inévitables en soins de santé (soins dentaires, soins de santé mentale...). Pour financer cet investissement, nous proposons notamment : une plus grande contribution des revenus du capital financier mobilier et immobilier ; l'optimisation de la perception des cotisations sociales sur les différents types de revenus et rémunérations ; la suppression des avantages fiscaux qui ne favorisent pas suffisamment l'emploi et l'économie.
- Renforcer le contrôle et la transparence des prix et des suppléments facturés aux patients, en supprimant les suppléments d'honoraires en chambre commune et à deux lits en hôpital de jour et en les plafonnant en chambre particulière ; accorder au patient le droit d'obtenir un devis pour son séjour dans une chambre particulière ; mettre en place un contrôle des prix dans les maisons de repos.

Enfin, l'accès aux soins étant étroitement lié au coût général de la vie, cette question doit être appréhendée dans un contexte plus large et les politiques en matière d'accès aux soins de santé doivent être articulées avec les autres politiques (logement, éducation, emploi, etc.).

3. Monoparentalité

Le focus sur la **monoparentalité** nous a permis de dresser le portrait de ce groupe à risque de précarité. Les ménages monoparentaux sont plus touchés par les facteurs susceptibles de conduire à la précarité que les couples avec enfants. Et parmi les ménages monoparentaux, les femmes sont plus touchées que les hommes :

- Les femmes monoparentales courent plus de risques de précarité. En effet, la proportion de femmes monoparentales est plus élevée dans les indicateurs analysés : chômage (35,9% de femmes monoparentales contre 28,1% pour les hommes monoparentaux), revenu d'intégration

sociale (11,7% vs 7%), bénéficiaires de l'intervention majorée (52,2% vs 27,6%) et incapacité primaire de travail (14,7% vs 6,1%).

- 40,6% des ménages monoparentaux s'estiment en plutôt mauvaise ou en très mauvaise santé contre 16,1% des couples avec enfants.
- 44,3% des ménages monoparentaux reportent des soins (pour seulement 21,2% des couples avec enfants). Les soins les plus reportés par les ménages monoparentaux sont (dans l'ordre) : les médicaments, les consultations chez le généraliste, les soins dentaires.

La précarité rencontrée par ces ménages n'est pas le résultat de la monoparentalité en soi mais d'un cumul de difficultés auxquelles doivent faire face les personnes seules avec enfants à charge. Elles sont encore plus importantes pour les femmes, notamment en raison des difficultés d'accès au marché de l'emploi.

Recommandations

Dès lors, pour faire face à cette précarité, il faut mettre en place des solutions structurelles dans des domaines où les inégalités de genre sont les plus prégnantes (emploi, logement, services publics tels que l'accueil des enfants et personnes dépendantes).

A côté de ces mesures globales, des mesures correctives pourraient être mises en place à plus court terme, notamment :

- Octroyer l'intervention majorée aux ménages monoparentaux chômeurs de longue durée de manière automatique (avec contrôle des revenus à posteriori).
- Revoir la politique des prestations familiales, en couplant les prestations en espèces que sont les allocations familiales à des prestations en services telles que l'accueil des enfants.
- Assurer un meilleur paiement des créances alimentaires par le renforcement du rôle du SECAL et la création d'une grille de calcul du montant des pensions alimentaires.
- Instaurer une fiscalité plus juste entre le parent créancier et le parent débiteur.

4. Contraception et accès à l'avortement

En matière de **contraception** (pour les moins de 21 ans), nous avons dégagé les constats suivants :

- Le rapport de l'Agence Intermutualiste sur la contraception des jeunes de femmes de 12 à 20 ans sur la période de 2003 à 2007 montre :
 - o Une augmentation du nombre de jeunes femmes (12-20 ans) sous contraceptif (de 22% à 32%).
 - o Les jeunes femmes d'origine défavorisée sont moins nombreuses à consommer des contraceptifs remboursés (30% contre 32%).
 - o Les pilules gratuites ou bon marché sont les moins prescrites (15%) et plus d'un tiers des prescriptions concernent les pilules les plus chères.
- Sur base des données de Solidaris – Mutualité Socialiste (contraception orale chez les 14-20 ans uniquement), on remarque qu'entre 2008 et 2012, la part de contraceptifs oraux remboursés par notre mutualité à ses affiliées est en diminution (de 43,1% à 36,3%).
- Notre enquête qualitative a mis en évidence que :

Editrice responsable : Dominique Plasman, Place Saint-Jean, 1-2, 1000 Bruxelles

- Le choix d'un contraceptif est guidé (dans l'ordre d'importance) par : le conseil/la prescription du médecin, la santé, le confort, la fiabilité et l'aspect financier.
- Les frais de contraception sont très rarement remis en cause lorsque les femmes connaissent une période financièrement plus difficile.
- Même si l'aspect financier est plutôt secondaire dans le choix du contraceptif, le coût trop élevé de ceux-ci est régulièrement pointé par les femmes.
- Il y a une précarité culturelle dans le rapport à la contraception : les femmes peu diplômées ont une moins bonne connaissance des moyens contraceptifs et n'ont pas les ressources suffisantes pour décider d'en changer lorsqu'elles rencontrent des effets secondaires.

En termes d'accès à **l'avortement** (IVG), voici les éléments à mettre en évidence :

- Les femmes qui souhaitent une IVG sont reçues dans les délais et l'accès à l'avortement est relativement bon.
- C'est en Région Bruxelloise que l'on réalise proportionnellement plus d'avortements (24% des avortement concernent des bruxelloises alors que les bruxellois ne représentent qu'environ 11% de la population belge).
- Des inégalités sociales sont constatées dans les demandes d'IVG : augmentation des demandes pour raisons matérielles, augmentation des demandes de femmes n'ayant pas de couverture sociale.
- Une pénurie de médecins pratiquant l'avortement est de plus en plus constatée (difficulté de remplacement des médecins en fin de carrière, en période de congé). Trouver de nouveaux médecins qui pratiquent l'avortement est compliqué.

Recommandations

Nos revendications pour un meilleur accès à la contraception sont :

- Un meilleur remboursement des contraceptifs à toutes les femmes et particulièrement aux plus précarisées quel que soit l'âge.
- Mettre à disposition des femmes et des prescripteurs des informations claires afin de faciliter le choix éclairé des femmes pour prévenir les grossesses non désirées.
- Organiser des campagnes d'information.
- Maintenir la mesure d'accessibilité financière des contraceptifs dans les Centres de planning en Wallonie.
- Veiller à l'intégration rapide et effective de l'EVRAS dans toutes les écoles afin de sensibiliser les jeunes aux relations égalitaires entre partenaires.

Par rapport à l'avortement, nous recommandons :

- D'organiser des campagnes de prévention sur la contraception et les grossesses non désirées, en impliquant les hommes.
- De renforcer la visibilité du droit à l'avortement, (partiellement) dépenalisé, dans les communications officielles, notamment via les sites internet fédéraux (en particulier celui du SPF Santé Publique, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Environnement notamment).

- D'intégrer un module de formation au travail en planning familial, à l'IVG ainsi qu'aux différents modes de contraception dans la formation des médecins. De reconnaître la spécificité des médecins généralistes travaillant en centres de planning familial et abortuscentra et de garantir le maintien de leur agrément.
- De réaliser des études chiffrées sur l'avortement avec des données fiables et harmonisées dans une optique de prévention des grossesses non désirées afin d'améliorer le ciblage des actions.
- De favoriser la pratique de l'IVG dans le cadre de la convention INAMI. Celle-ci permet d'assurer la confidentialité de l'acte et un bon suivi pré et post IVG. Nous invitons les hôpitaux à passer dans ce système de convention.

5. Dépistage du cancer du sein et du cancer de l'utérus

Les constats en matière de **dépistage du cancer du sein** sont que :

- 40% des femmes de 50 à 69 ans ne sont pas dépistées tous les deux ans comme le recommande *l'Europe contre le cancer* : un quart des femmes n'ont fait aucun dépistage en 6 ans et 15% n'en ont fait qu'un sur cette même période de 6 ans (données 2006-2007).
- Les femmes jeunes (50-54 ans) effectuent plus souvent un dépistage spontané que les plus âgées (65-69 ans). Le mammothest réalisé dans le cadre du programme gratuit de dépistage touche par contre les femmes de manière équivalente quel que soit l'âge.
- Des différences régionales persistent : les néerlandophones sont plus dépistées que les francophones (64% contre environ 54%) et sont plus nombreuses à se faire dépister dans le cadre du programme organisé.
- Le taux de dépistage (mammothest et dépistage opportuniste confondus) des femmes bénéficiaires de l'intervention majorées (BIM) est plus bas (d'environ 10%) que celui des autres femmes. Mais le mammothest semble mieux toucher les femmes BIM (en Wallonie et à Bruxelles).
- Depuis quelques années, des études remettent en question la balance bénéfico-risques du dépistage du cancer du sein.

S'agissant du **dépistage du cancer de l'utérus** nos constats sont les suivants :

- Malgré l'absence de programme de dépistage, 60% des femmes âgées de 25 à 65 ans effectuent un frottis de dépistage tous les 3 ans conformément aux recommandations européennes (il n'y a pas de variation selon les régions).
- Le recours au dépistage diminue après 50 ans.
- Les bénéficiaires de l'intervention majorées sont moins souvent dépistées que les non-BIM.

Recommandations

Concernant le dépistage de ces deux formes de cancer, nous recommandons une meilleure information des femmes (sur les conditions d'accès pour le dépistage du cancer de l'utérus et sur les avantages et inconvénients pour le dépistage du cancer du sein). La collaboration avec les médecins généralistes apparaît comme une piste importante dans la mise en place et la réussite d'un programme de dépistage.

6. Santé mentale et consommation d'antidépresseurs

L'étude de la **consommation d'antidépresseurs** a mis au jour que :

- La proportion de femmes ayant acheté une boîte d'antidépresseurs est deux fois plus importante que la proportion d'hommes (14,6% vs 7,4%).
- Le rapport à la dépression (et son éventuel traitement) diffère entre hommes et femmes et rend difficile toute comparaison de la consommation d'antidépresseurs selon le sexe.
- La proportion de femmes sous antidépresseurs est stable (entre 2007 et 2012) mais le volume d'antidépresseurs prescrits a augmenté de 20% entre 2007 et 2012. Cette augmentation est le résultat de traitements plus longs et est en adéquation avec les recommandations pour le traitement d'un épisode aigu de dépression.
- Le nombre de délivrances uniques a baissé et est le signe d'une meilleure observance du traitement.
- Les raisons des délivrances uniques restent cependant inconnues.
- Il y a une diminution du coût total des antidépresseurs (tant pour l'assurance maladie que pour les patientes) imputable aux médicaments moins chers.

Recommandations

Nous recommandons de continuer à travailler à la réduction du coût des traitements par antidépresseurs. Mais parallèlement, il faut continuer à tout mettre en œuvre pour que chacun puisse avoir accès à un traitement (psychothérapeutique ou médicamenteux) en concordance avec ses besoins, qu'il s'agisse d'une dépression mineure ou aiguë.

7. Conclusions

De manière transversale aux différentes thématiques étudiées, nous avons constaté que les difficultés d'accès aux soins de santé se posent en termes financiers mais aussi en termes de manque d'information. Dès lors quelques pistes d'actions peuvent être mises en œuvre de manière générale et à plus long terme :

- o Améliorer le remboursement par l'AO des coûts inévitables en soins de santé
- o Continuer à réduire la facture des médicaments dans le budget du ménage
- o Favoriser l'accès automatique à l'intervention majorée
- o Multiplier les services de proximité/de première ligne pour renseigner les personnes sur leurs droits en matière de santé (et dans d'autres domaines également)

Il importe également de mettre en place des mesures générales, de justice sociale, pour combattre les injustices de genre qui touchent les femmes.

Dans tous les indicateurs socio-économiques étudiés, la position des femmes est, en moyenne, toujours moins bonne que celles des hommes. De plus, des inégalités entre les femmes elles-mêmes sont

nettement visibles. Ainsi, les femmes en situation de monoparentalité ou les groupes socialement défavorisés courent plus de risque de précarité et ont un moins bon accès aux soins de santé.

C'est pourquoi, nous demandons qu'une véritable réflexion soit menée en vue d'une articulation entre les différentes politiques publiques qui ont un impact direct sur les inégalités de genre. Nous pensons particulièrement aux politiques sociale, de l'emploi, du logement, de la santé, des services publics (enfance, enseignement, personnes âgées).

Plus concrètement, il faut continuer à lutter contre l'inégalité salariale, revaloriser les emplois dans les filières « féminines », lutter contre la féminisation du temps partiel, mettre en place une réduction collective du temps de travail, financer des solutions collectives de garde pour les 0-3 ans, investir dans l'accueil extrascolaire (gratuité, horaire tenant compte des horaires de travail), dégager des moyens pour la prise en charge des personnes dépendantes, augmenter le nombre de logements sociaux ainsi que le nombre de logements en location dans les agences immobilières sociales, prévoir un contrôle des prix des loyers.

A court terme, dans les six domaines étudiés, quelques actions sont à mettre en œuvre prioritairement. Elles constituent, selon nous, des leviers importants pour la santé des femmes :

- **Report de soins** : réduire encore la facture des médicaments dans le budget du ménage.
- **Ménages monoparentaux** : mettre en place un système d'allocations familiales plus redistributif et incluant un volet « prestations en services », plus à même de réduire les inégalités entre les enfants.
- **Contraception** : mettre à la disposition des femmes et des prescripteurs des informations claires afin de faciliter le choix éclairé d'un contraceptif.
- **Avortement** : intégrer dans la formation des médecins un module de formation au travail en planning familial, à l'IVG ainsi qu'aux différents modes de contraception.
- **Dépistage des cancers du sein et de l'utérus** : mieux informer les femmes sur les conditions d'accès au dépistage et sur les avantages et inconvénients, avec une attention particulière aux femmes moins dépistées.
- **Consommation d'antidépresseurs** : poursuivre le travail de réduction du coût des antidépresseurs en favorisant la prescription de médicaments moins chers.

Coordination de l'étude :

Sarah Hibo
Service Etudes des FPS
sarah.hibo@mutsoc.be
02/515.17.67

L'étude complète est disponible sur :

<http://www.femmesprevoyantes.be/outils-publication/etudes/Sante/Pages/sante-des-femmes.aspx>