RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
LIBERTÉ · ÉGALITÉ · FRATERNITÉ
CONSEIL ÉCONOMIQUE, SOCIAL ET ENVIRONNEMENTAL

NOTES D'IÉNA

375
NUMÉRO
Vendredi 24 septembre 2010

INFORMATIONS DU
CONSEIL ÉCONOMIQUE, SOCIAL ET ENVIRONNEMENTAL

LA SANTÉ DES FEMMES EN FRANCE

RAPPORTEURE :
DOMINIQUE HÉNON
AU NOM DE LA DÉLÉGATION
AUX DROITS DES FEMMES
ET A L'ÉGALITÉ DES CHANCES
ENTRE HOMMES ET FEMMES
PRÉSIDÉE PAR
FRANÇOISE VILAIN

Communication adoptée par le Bureau du 7 juillet 2010

Si l'espérance de vie à la naissance des femmes en France est l'une des plus élevées de l'Union européenne (84,5 ans en 2009), l'écart entre les deux sexes continue de se réduire (6,7 ans contre 7,6 ans dix ans auparavant), signe positif pour les hommes d'une meilleure attention à leur santé mais négatif pour les femmes en lien notamment avec le développement de comportements à risques (consommation de tabac et d'alcool…).

S'y ajoutent des vulnérabilités spécifiques : pathologies cardiovasculaires souvent mal décelées alors que c'est la première cause de mortalité chez les femmes, ostéoporose, maladie d'Alzheimer.

Et si travailler dans de bonnes conditions influe favorablement sur leur santé, inégalités sociales et professionnelles ont des répercussions néfastes sur l'état physique et psychique d'un grand nombre d'entre elles et se traduisent par une exposition plus fréquente à certains risques ou nuisances, la prévalence de plusieurs pathologies (surpoids, cancers) et des difficultés d'accès aux dépistages et aux soins.

Enfin une majorité de femmes se retrouve isolée au grand âge alors que les incapacités s'aggravent et qu'elles doivent y faire face avec des retraites inférieures de près de 40 % à celles des hommes.

La communication du Conseil économique, social et environnemental cible les efforts à faire pour remédier aux fragilités et inégalités constatées. Elle met surtout fortement l'accent sur la prévention dès l'adolescence et lors du suivi médical aux étapes-clés de la vie des femmes (grossesses, ménopause).

Avertissement : cette note d'Iéna présente la communication qui sera présentée en assemblée plénière le mercredi 29 septembre 2010.

■ Publication-Communication : 01 44 43 63 48
■ Diffusion-Distribution : 01 44 43 63 30
■ ISSN 1767-8188

■ www.ces.fr

I - UNE PLUS GRANDE LONGÉVITÉ TEMPÉRÉE PAR DES VULNÉRABILITÉS

A - DES RISQUES SPÉCIFIQUES

Certaines affections sont deux fois plus fréquentes chez les femmes : toutes choses égales par ailleurs, une femme présente 1,5 à 1,8 fois plus de risques qu'un homme de vivre un épisode dépressif. Près d'une femme sur trois (un homme sur cinq) est exposée à des tensions au travail, facteurs de troubles psychosociaux, cardiovasculaires ou musculo-squelettiques.

L'ampleur des violences intrafamiliales et leur impact sur la santé physique et psychique des femmes victimes sont sous-évalués.

Par ailleurs, à certaines étapes-clés, les risques sont insuffisamment prévenus. Les difficultés d'accès à une contraception adaptée se traduisent par un taux d'IVG élevé (14 pour 1 000 femmes) et en augmentation chez les mineures. Les pathologies liées au vieillissement sont peu dépistées : ostéoporose, troubles sensoriels et maladie d'Alzheimer touchant majoritairement les femmes après 80 ans, dont une moitié des cas n'est pas diagnostiquée et seulement 17 % sont traités.

B - DES FACTEURS PÉJORATIFS SUR L'ÉTAT DE SANTÉ ET L'ACCÈS AUX SOINS

Des disparités socio-économiques subsistent en matière de dépistage. Si les écarts s'amenuisent pour celui du cancer du sein proposé gratuitement à toutes les femmes âgées de 50 à 74 ans, 40 % des femmes ne bénéficient pas d'un dépistage régulier du cancer du col de l'utérus qui relève d'une démarche individuelle et volontaire, conditionnée à une avance de frais médicaux.

Les disparités sociales sont importantes et plus marquées chez les femmes que chez les hommes pour la prévalence du surpoids, de l'obésité et du diabète qui y est lié. Dans la tranche d'âge 3-17 ans, les filles sont plus touchées par le surpoids et l'obésité que les garçons (19,3 % contre 16,2 %), en particulier dans les populations défavorisées.

Enfin la sous-représentation féminine manifeste dans la recherche médicale et les essais cliniques constitue un obstacle à la mise en œuvre d'outils de prévention et de traitements différenciés.

II - LES ACTIONS À PROMOUVOIR POUR AMÉLIORER LA SANTÉ DES FEMMES

A - RELANCER UNE POLITIQUE ACTIVE D'ÉDUCATION À LA SANTÉ EN Y ASSOCIANT LE MILIEU SCOLAIRE

Pour les filles, l'éducation à la santé est aussi un vecteur d'émancipation. **Les infirmières scolaires devraient être davantage incitées à repérer en amont les signes de mal être** physique et psychique, ce qui permettrait de **cibler les bilans effectués par les médecins sur les élèves en difficulté.**

Sur un plan général, la politique engagée devrait privilégier trois thèmes.

1. La prévention du surpoids et la promotion de l'éducation alimentaire qui passent par :

- l'amélioration du repérage du rebond d'adiposité précoce et l'organisation d'un continuum dépistage-prise en charge entre PMI, médecines scolaire et de ville ;

- le développement dans le cursus scolaire d'activités sportives non sexuées mais suffisamment diversifiées, en renforçant le partenariat entre les associations et les collectivités territoriales avec le double objectif d'une utilisation optimale des équipements et d'une mutualisation des moyens en personnel d'encadrement ;

- l'organisation d'ateliers découverte de la diversité alimentaire dès l'école maternelle et le contrôle de l'équilibre nutritionnel des repas servis dans les restaurants scolaires en soutenant les politiques de circuits courts mises en œuvre dans plusieurs collectivités territoriales.

2. L'amélioration de la prévention des conduites à risques qui suppose :

- le contrôle de l'application effective des mesures d'interdiction de vente d'alcool et de tabac aux mineurs ;

- le renforcement de l'information sur les risques physiques, psychiques et de désocialisation induits par la consommation de produits stupéfiants et l'élaboration de programmes d'aides aux parents ;

- l'autosensibilisation des jeunes en privilégiant les méthodes qui sollicitent leur participation active (jeux de rôle, mise en situation).

3. La mise en œuvre d'une véritable politique d'éducation à la sexualité

La loi du 4 juillet 2001 et sa circulaire d'application du 17 février 2003 ont établi les règles du partenariat entre personnels éducatifs, de santé scolaire (notamment infirmières et secrétaires médicales dont le rôle est fondamental pour la coordination et le suivi) et intervenants extérieurs, telles les associations de planning familial. Il convient de se donner les moyens de faire vivre ces dispositions.

B - INSTAURER UNE POLITIQUE COHÉRENTE D'INFORMATION ET DE MAÎTRISE DE LA FÉCONDITÉ

1. Faciliter l'accès aux méthodes contraceptives :

- assurer un accès confidentiel et gratuit à la contraception pour les mineures en généralisant les expérimentations réussies sur le modèle des structures « Info-Ado » implantées dans des établissements hospitaliers ;

- renforcer les missions des services de médecine préventive universitaire et accélérer leur transformation en centres de santé ;

- développer la formation des professionnels de santé sur l'ensemble des moyens contraceptifs et en améliorer la prise en charge.

2. Conforter l'exercice du droit à l'IVG et veiller à son accompagnement

Ultime recours pour les femmes, cette intervention doit être pratiquée dans la sécurité et la dignité. Il importe pour ce faire :

- d'instituer dans chaque département un numéro vert offrant des renseignements pratiques sur la démarche à suivre et de veiller au maintien de cette activité dans les établissements de proximité ;

- de l'intégrer dans l'offre de soins en l'inscrivant dans le plan stratégique régional de santé ;

- de répondre à la problématique spécifique de l'Outre-mer en renforçant la coordination des actions de prévention et d'éducation à la sexualité.

C - RECONNAÎTRE ET RÉDUIRE LES ATTEINTES À LA SANTÉ AU TRAVAIL

Le développement des études permettant une analyse différenciée du travail des hommes et des femmes est indispensable pour évaluer précisément les facteurs de risques auxquels celles-ci peuvent être exposées. Dans l'immédiat, il est possible d'agir à trois niveaux :

- la forte prévalence des troubles musculo-squelettiques chez les femmes impose la prise en compte du genre dans la définition des normes ergonomiques ;

- des outils expérimentaux facilitent le repérage par les intéressés des risques pour la santé tout au long du parcours professionnel. Ils devraient être développés, notamment dans les secteurs où les femmes sont surreprésentées ;

- le rapport de situation comparée devrait être enrichi d'indicateurs renseignant sur les liens entre emplois occupés par les femmes et les hommes et état de santé.

L'accord interprofessionnel sur la prévention du harcèlement et des violences au travail signé le 26 mars 2010, dont un chapitre concerne les femmes, doit être décliné le plus largement possible dans les entreprises et les fonctions publiques.

D - RENFORCER LA PRISE EN CHARGE MÉDICALE DES FEMMES VICTIMES DE VIOLENCES

Outre l'amélioration de la sensibilisation des professionnels de santé en intégrant cette problématique dans les modules obligatoires de formation, tels la médecine légale et la santé publique, et en veillant à une large diffusion des guides pratiques élaborés sur le sujet, **deux moments clés de contact avec le système de santé devraient être mis à profit pour repérer et prendre en charge les victimes** : le suivi des grossesses, notamment l'entretien obligatoire du quatrième mois, et le premier accueil dans un service hospitalier.

E - FAVORISER UN VIEILLISSEMENT EN BONNE SANTÉ

Afin de prévenir les risques de dépendance, il convient de :

- rendre rapidement opérationnelle la « consultation médicale de longévité » lors du départ en retraite, prévue dans le Plan national « Bien vieillir » 2007-2009 ;

- mettre en œuvre une surveillance et des traitements plus spécifiques pour les femmes souffrant de pathologies cardiovasculaires ;

- améliorer le dépistage de l'ostéoporose, réévaluer les conditions de prise en charge de l'ostéodensitométrie et rembourser les médicaments reconnus efficaces dans la prévention ;

- encourager le recours aux « consultations mémoire » prévues dans le Plan Alzheimer 2008-2012 afin de traiter précocement les déficits décelés.

Répondre aux besoins du grand âge nécessite également de :

- promouvoir un environnement facilitant le maintien à domicile en termes d'adaptation des logements, d'accessibilité des équipements techniques améliorant la vie quotidienne et de coordination des services d'aides et de soins ;

- soutenir les aidants familiaux qui sont majoritairement des femmes en développant les structures d'accueil temporaire et les groupes de soutien ;

- privilégier des maisons de retraites médicalisées intégrées dans les quartiers et favorisant les solidarités intergénérationnelles.

F - AGIR SUR LES INÉGALITÉS QUI ONT UN IMPACT SUR LA SANTÉ DES FEMMES

D'une manière générale, les différences biologiques entre les hommes et les femmes sont insuffisamment prises en compte dans les traitements proposés. **Il est impératif que toutes les phases de la recherche médicale prévoient une approche sexuée, assortie d'une représentation équilibrée dans les essais cliniques**.

Pour réduire les effets de la précarité sur la santé il importe d'une part, de **favoriser l'accès des personnes défavorisées à des produits alimentaires diversifiés**, notamment en développant les formules de bons d'achat de fruits et légumes et d'autre part, de faciliter et **accompagner le recours aux examens de dépistage**, en particulier lors du suivi des grossesses, en relais avec les services sociaux et les associations de quartier.

*

* *

Pour le Conseil économique, social et environnemental, la promotion de la santé des femmes se situe au carrefour des champs sanitaire et social. Ses recommandations visent ce double objectif et à l'instar de l'OMS, notre assemblée est convaincue qu'« *Améliorer la santé des femmes, c'est rendre le monde meilleur* ».

Dominique HÉNON
Née le 20 août 1954
à Saint-Maur (Val-de-Marne)

Membre du Conseil économique, social et environnemental depuis septembre 2009

- Membre du groupe de la CFDT
- Membre de la section de l'Agriculture et de l'alimentation
- Membre de la délégation aux droits des Femmes et à l'égalité des chances entre hommes et femmes

Parcours professionnel et syndical

- Secrétaire du syndicat CFDT Assistance publique Hôpitaux de Paris (depuis septembre 2008)
- Permanente régionale de l'Union régionale interprofessionnelle CFDT de la région Île-de-France, formatrice consultante chargée du secteur des conditions de travail et des élus CHSCT (d'août 2006 à septembre 2008)
- Cadre de santé, chargée des conditions de travail et référente handicap à la Direction des ressources humaines de l'Hôpital Paul Brousse AP-HP (de septembre 2004 à août 2006)
- Cadre de santé à l'Hôpital Bretonneau

Formations-Diplômes

- Master sociologie du travail au CNAM (2010)
- École des cadres de santé de l'AP-HP (de 2003 à 2004)