



© ADSP/Erwan Balanant&Elise Boutin (exposition A la rencontre des femmes oubliées)

« Il y a urgence à réduire les inégalités sociales de santé dont les femmes sont victimes »

Entretien avec

Geneviève Couraud,

membre du Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes, rapporteure de « La santé et l'accès aux soins : une urgence pour les femmes en situation de précarité ».

La Santé en action : Pourquoi le rapport du Haut Conseil à l'égalité met-il l'accent sur l'urgence d'améliorer la santé des femmes ?

Geneviève Couraud : Le rapport [1] du Haut Conseil à l'égalité (HCE)¹ a pointé l'urgence de la situation, parce qu'elle est alarmante pour un grand nombre de femmes dont la santé se dégrade, faute d'un accès aux soins et à la prévention. La précarité les atteint de façon importante, puisqu'elles constituent 70 % des travailleurs pauvres, occupent 82 % des emplois à temps partiel et 62 % des emplois non qualifiés. Elles représentent 85 % des chefs de familles monoparentales, dont un tiers vivent sous le seuil de pauvreté. Ces femmes n'ont pas les mêmes chances de prendre soin d'elles que celles de la classe moyenne.

Les inégalités sociales de santé (ISS) sont accablantes : le risque de mortalité prématurée par maladie cardio-vasculaire et par cardiopathie ischémique est trois fois plus élevé pour les ouvrières que pour les femmes cadres. Il y a urgence à réduire les inégalités sociales de santé dont les femmes sont victimes, parce qu'elles ont aussi des effets à moyen terme sur la société française : l'état de santé détérioré de ces femmes se répercute

sur la situation des enfants, entraîne une dégradation sociale et conduit à un recul de la mixité sociale.

S. A. : Pourquoi 64 % des personnes renonçant aux soins ou les différant sont-elles des femmes ?

G. C. : Les femmes en situation précaire sont souvent « hors radar » des politiques publiques. Elles travaillent très tôt le matin et très tard le soir, prennent les transports plusieurs heures par jour et jonglent avec les tâches familiales, domestiques, professionnelles et administratives. Elles assument plus souvent qu'à leur tour ce que l'on appelle « la charge mentale » ; ce qui fait que, dans leur vie, la santé passe après tout le reste. En outre, elles ne sont pas bien repérées dans leur vie professionnelle par la médecine du travail, notamment du fait de leurs conditions d'emploi – employées de maison, aides à domicile... C'est le manque de moyens financiers qui constitue la première cause de renoncement aux soins. De plus, les femmes en situation de précarité consultent moins facilement ou plus tardivement les professionnels de santé, parce qu'elles ont des difficultés de compréhension et de connaissance du milieu médical.

Tous ces facteurs expliquent par exemple que les femmes en situation de précarité ont un moindre suivi gynécologique ; elles recourent moins à la contraception : 6,5 % des ouvrières n'ont pas de contraception, contre 1,6 % des femmes cadres ; elles font moins de dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus : 31 % des femmes d'un ménage aux revenus inférieurs à 2 000 € par mois n'ont

pas réalisé de frottis au cours des trois dernières années, contre 19 % des femmes d'un ménage aux revenus compris entre 2 000 € et 4 000 €. Ce renoncement à la santé se transmet à leurs filles : si la mère ne fait pas de frottis, son adolescente ne sera pas vaccinée contre le papillomavirus.

S. A. : Quels sont les déterminants de la santé dégradée chez les femmes en situation précaire ?

G. C. : Les conditions de vie et de travail sont les principaux déterminants. Le manque de moyens financiers a des conséquences directes sur l'alimentation, plus faible en qualité et en diversité, ainsi que sur l'accès à un logement digne et à des activités culturelles et sportives ; autant d'éléments qui concourent à la bonne santé au sens d'état de bien-être physique, mental et social. Les conditions de travail des femmes en situation de précarité sont pénibles et stressantes, particulièrement dans le secteur tertiaire avec des horaires atypiques et fractionnés. Ceci les expose à de nombreux risques professionnels, notamment les risques psychosociaux. Si les femmes sont en général plus exposées que les hommes aux troubles psychologiques, ceux-ci sont encore plus importants chez les femmes en situation précaire : à un même niveau de précarité, le syndrome anxiodépressif est de 41 % chez les femmes et de 34 % chez les hommes [2].

S. A. : Quels sont les facteurs aggravant liés au genre ?

G. C. : Plusieurs indicateurs mettent en évidence le lien entre santé détériorée, précarité et genre. C'est par exemple le cas des accidents du

travail et des maladies professionnelles. Entre 2000 et 2015, le nombre de maladies professionnelles reconnues pour les travailleuses a augmenté de 155 %. Dans les activités de services comme dans la grande distribution, le nettoyage, le travail temporaire, le soin, elles progressent de 300 %. Cela s'explique par la concentration des femmes sur des postes à risques : gestes répétitifs, port de charges lourdes, etc. Or les critères de pénibilité au travail ont été élaborés selon les métiers occupés par les hommes. Une caissière qui pousse un pack d'eau toutes les

dix minutes, sept heures par jour, pousse 378 kg cumulés dans la journée ; pour atteindre le seuil du facteur de pénibilité « maintenance manuelle », il faudrait qu'elle porte 800 packs par jour ! Parce que la santé au travail est pensée au « masculin neutre », les risques professionnels dans les emplois où les femmes sont majoritaires n'ont

aucune visibilité ; elles sont alors « hors radar » des dispositifs de prévention et de compensation. Autre exemple parlant : les maladies cardiaques qui montrent également un androcentrisme² de la médecine. En cas d'infarctus du myocarde, les femmes arrivent aux urgences en moyenne une heure plus tard que les hommes, du fait de la méconnaissance des symptômes spécifiques des femmes (suées, nausées, difficultés respiratoires, migraine très forte, etc.). La douleur dans la poitrine et le bras, caractéristique pour les hommes, est absente dans la moitié des cas chez les femmes.

S. A. : Quelles recommandations du Haut Conseil à l'égalité aux pouvoirs publics vous semblent prioritaires ?

G. C. : Il me paraît essentiel que la santé des femmes devienne un vrai sujet de recherche scientifique et que

des données sexuées en matière de santé au travail soient recueillies et publiées, afin de parfaire la connaissance. Par ailleurs, la simplification de l'octroi des dispositifs d'aide est indispensable afin de lever l'obstacle financier : nous préconisons l'automatisation de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) pour les bénéficiaires du revenu de solidarité active (RSA), qui sont des femmes dans six cas sur dix. Enfin, les critères de la pénibilité doivent être revus pour être adaptés aux femmes : baisser les seuils de poids porté ; intégrer les produits ménagers parmi les « agents chimiques dangereux » et la station debout dans les « postures pénibles » ; prendre en compte de nouveaux facteurs de pénibilité propres à leurs emplois, par exemple la multiplication des trajets – comme c'est le cas pour de nombreuses employées de maison – qui est facteur de risque d'accident.

S. A. : Quelles mesures de prévention et de promotion de la santé vous semblent les plus pertinentes ?

G. C. : Je crois beaucoup à une approche en santé communautaire, qui va vers les personnes les plus éloignées du système de santé et leur apporte une réponse globale – de la contraception au dépistage, en passant par l'emploi et l'éducation des enfants. Nous avons rencontré des représentants des centres de santé de Saint-Denis et de Toulouse, qui proposent cette démarche intéressante : avec des équipes pluridisciplinaires, ils conduisent les femmes à s'intéresser à elles-mêmes, à leur corps, à leur bien-être. Elles deviennent alors partie prenante de leur prise en charge.

S. A. : Que proposez-vous pour mieux prendre en compte la question du genre – et donc des femmes – dans les politiques publiques de lutte contre les inégalités ?

G. C. : Il s'agit par exemple de mettre en place des indicateurs sexués de suivi dans les diagnostics et dans l'évaluation des actions, pour le suivi des contrats de ville et de ruralité. Lorsqu'une association dépose un dossier de demande de financement, il faudrait examiner ce qu'elle propose d'accomplir en faveur des femmes. Il serait pertinent de

construire des budgets « genrés », afin d'identifier l'argent public investi pour les femmes. Les nouveaux médicaments sont principalement testés sur des hommes ; pourquoi ne pas ouvrir davantage les tests aux femmes ? Etc. Dans le domaine de la santé, il est sans doute complexe d'instaurer cette perspective de genre, car il faut prendre à rebours un fait : les femmes vivent plus longtemps que les hommes. Il est donc nécessaire de garder à l'esprit que toute amélioration pensée pour les femmes bénéficie également aux hommes. L'ouverture aux femmes du métier de facteur a permis de changer les outils de distribution du courrier pour éviter le port de sacs lourds, ce qui a été un progrès aussi pour les conditions de travail et la santé de leurs collègues masculins.

Ce premier rapport institutionnel, qui croise les facteurs précarité et sexe, s'inscrit dans la durée. Il a vocation à nourrir les débats qui se multiplient sur le sujet, pour lesquels nous sommes régulièrement sollicités. La prise en compte du genre dans les politiques de santé étant relativement nouvelle, il faudra sans doute du temps pour que nos recommandations trouvent une traduction concrète, mais le chemin est ouvert. ■

Propos recueillis par Nathalie Quéruel, journaliste.

1. Instance nationale consultative indépendante, chargée des droits des femmes et de l'égalité femmes-hommes. Pour en savoir plus : www.haut-conseil-egalite.gouv.fr

2. Mode de pensée envisageant le monde du point de vue des êtres humains de sexe masculin (NDLR).

RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE

[1] Couraud G., Lazimi G. *La Santé et l'accès aux soins : une urgence pour les femmes en situation de précarité* [Rapport]. Paris : Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes, 27 mai 2017 : 120 p. En ligne : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/174000550.pdf>

[2] Royer B., Gusto G., Vol S., Arondel D., Tichet J., Lantieri O. Situations de précarité, santé perçue et troubles anxiodépressifs : une étude dans 12 centres d'examen de santé. *Pratiques et Organisation des Soins*, 2010, vol. 41, n°4 : p. 313-321.

ASSOCIATION POUR LE DÉVELOPPEMENT DE LA SANTÉ DES FEMMES : À LA RENCONTRE DES OUBLIÉES

À la rencontre des femmes oubliées : pendant plusieurs mois, la journaliste Éloïse Bouton et le photographe Erwan Balanant ont accompagné des bénévoles de l'Association pour le développement de la santé des femmes (ADSF) lors de maraudes. Ce travail a été exposé à Paris en 2017. Comme l'explique l'équipe impliquée dans ce projet (Nadège, Maria, Marie-Thé, Julie, Bernard et Karine), « *L'ADSF va à la rencontre de ces femmes pour les aider, les écouter, identifier leurs besoins, les orienter et leur permettre de recourir à leurs droits en matière de santé. Nos bénévoles les ont accompagnées pour qu'elles puissent accéder aux soins concernant notamment la contraception, le suivi de grossesse, l'interruption volontaire de grossesse (IVG), ainsi que suite à des violences et à des mutilations sexuelles* ».

En 2017, en Île-de-France, l'ADSF a suivi plus de 700 femmes vivant dans les bidonvilles, les hôtels sociaux, dans le bois de Vincennes, dans la rue ou encore dans des centres d'accueil. L'association a réalisé un *État des lieux de la santé de femmes en situation de précarité en Île-de-France* et figure parmi les organisations auditionnées par le Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes, dans le cadre de son rapport : *La Santé et l'accès aux soins : une urgence pour les femmes en situation de précarité*.

Avec l'aimable accord de l'association, quelques-unes de ces photos illustrent plusieurs articles de ce numéro.

Pour en savoir plus
<https://adfasso.org>



© ADSF Erwan Balanant & Éloïse Bouton (exposition « À la rencontre des femmes oubliées »)

43

Femmes en situation de précarité

Les recommandations du Haut Conseil à l'égalité