



EUROPEAN WOMEN'S
LOBBY
EUROPEEN DES FEMMES

PRISE DE POSITION

Bruxelles, juin 2010

Prise de position du Lobby européen des femmes

La santé des femmes dans l'Union européenne

Introduction

« Les femmes ont le droit de jouir du meilleur état possible de santé physique et mentale. La jouissance de ce droit est d'une importance cruciale pour leur vie et leur bien-être, et pour leur aptitude à participer à toutes les activités publiques et privées. »

Plate-forme d'Action de Pékin, Les femmes et la santé, 1995

La santé et le bien-être, à la fois physiques et mentaux, sont des conditions indispensables à la réalisation du développement plein et entier de tout être humain. La santé relève plus que d'un enjeu biologique, mais représente, selon l'Organisation mondiale de la santé, « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ».¹ Le concept biologique du sexe et la construction sociale du genre ont tous deux leur importance dans le domaine de la santé à tous les niveaux, et ces concepts ont un impact différent sur la santé, l'accès à la santé, et les soins de santé, selon que l'on est une femme ou un homme.² L'inégalité d'accès aux ressources, couplée à d'autres facteurs sociaux, engendre des risques sanitaires, un accès à l'information, des soins et des services inégaux pour les femmes et les hommes. En outre, les différences biologiques impliquent que les femmes ont des préoccupations et des besoins spécifiques en matière de santé, notamment tout ce qui touche aux droits sexuels et reproductifs.

Les politiques sanitaires publiques reconnaissent parfois d'un point de vue théorique que le genre est un déterminant significatif de la santé au cours du cycle de vie.³ Cependant, les besoins des femmes en matière de santé ne sont pas pleinement ni systématiquement intégrés dans les politiques sanitaires nationales et européennes.⁴ Il convient d'adopter de toute urgence une approche cohérente et intégrée des droits des femmes et des questions de genre dans les politiques de santé, y compris dans un contexte de crise financière et sociale marquée par la réduction des dépenses publiques consacrées à des services qui sont essentiels à la réalisation d'un « niveau élevé de protection de la santé humaine » pour toutes et tous, comme le garantissent les traités de l'Union européenne (UE).⁵ Pour être efficaces, tous les aspects des politiques de santé, qui restent encore dans une large mesure neutres en fonction du genre, doivent inclure les questions des femmes et utiliser l'intégration transversale de l'égalité femmes-hommes (*gender mainstreaming*) comme un outil.

Le présent document présente d'abord l'analyse du Lobby européen des femmes (LEF) par rapport à ces questions ; il expose ensuite des recommandations s'adressant aux responsables politiques nationaux et européens, afin que les politiques de santé correspondent pleinement aux besoins des femmes.

¹ Préambule à la Constitution de l'OMS, adoptée en 1946.

² Sen, G. & P. Östlin, *Unequal, Unfair, Ineffective and Inefficient. Gender Inequity in Health*, 2007.

³ Conseil de l'Union européenne, *Conclusions sur les femmes et la santé*, 2005 ; *Conclusions sur la santé et la migration dans l'UE*, 2007 ; *Conclusions sur l'inclusion des Roms*, 2008 ; *Résolution sur la santé et le bien-être des jeunes*, 2008.

⁴ Voir chapitre 4 ci-après.

⁵ Art. 168 TFUE (ex-Art. 152 TCE).



1. La dimension de genre et la santé des femmes

La biologie joue un rôle déterminant dans l'état de santé. Les différences liées aux fonctions reproductrices sont depuis longtemps reconnues ; cependant, les besoins spécifiquement des femmes en matière de santé ne doivent pas être ramenés uniquement à ces fonctions, comme c'est actuellement le cas dans beaucoup d'États membres.⁶ Les différences biologiques entre les femmes et les hommes incluent également par exemple, le meilleur taux de survie des nouveau-nés filles, les maladies spécifiques à un sexe, des différences au niveau des symptômes des maladies, ou encore l'espérance de vie supérieure des femmes. Certaines de ces différences semblent avantager les femmes, toutefois, ces avantages sont pour la plupart contrebalancés par les inégalités femmes-hommes incarnées dans les obstacles sociaux rencontrés par les femmes : accès plus réduit aux ressources (y compris les inégalités salariales et en matière de retraites), une charge de travail plus lourde, étant donné que les femmes combinent travail salarié et la plus grande partie du travail non rémunéré, la violence masculine envers les femmes, des services et traitements inadaptés à leurs besoins, ainsi que la discrimination multiple et /ou basée sur le sexe. Les stéréotypes de genre ont également un effet sur tous les domaines liés aux soins de santé.

Le sexe biologique ne peut pas être utilisé comme unique facteur pour analyser et traiter des questions de santé. Au delà du sexe, la construction sociale du *genre* influence la capacité des femmes à contrôler les éléments qui affectent leur santé et leur qualité de vie. Les travaux de recherche existants mettent en lumière des inégalités liées au genre au niveau de l'état de santé, du comportement lié à celle-ci, dans l'accès à la santé et les traitements.⁷ Les responsables politiques et la recherche médicale doivent s'interroger sur les causes de ces inégalités et les étudier en détail pour formuler des réponses efficaces.

Par exemple, la recherche biomédicale s'appuie encore sur l'hypothèse implicite que les femmes et les hommes sont physiologiquement identiques à tous les égards, à l'exception de l'appareil reproductif, et ignorent donc d'autres différences sociales et de genre qui ont pourtant un impact considérable sur la santé.⁸ C'est le cas pour la douleur : les femmes ont des douleurs plus fréquentes, plus intenses et les anti-douleurs sont moins efficaces chez les femmes que les hommes.⁹ Citons également l'identification de différences au niveau des symptômes et de l'administration de traitements ciblés des maladies coronariennes pour les femmes et les hommes. Ce n'est que récemment que la recherche sur les symptômes et les maladies cardiaques des femmes et des hommes a révélé que les femmes sont beaucoup plus nombreuses que les hommes à souffrir de maladies cardiovasculaires (MCV), mais que ces pathologies apparaissent beaucoup plus tard dans le cycle de vie, et se manifestent par d'autres symptômes : les traitements doivent donc eux-aussi être adaptés.¹⁰ Dans bien des cas, des stratégies préventives et des traitements sont appliquées aux femmes

⁶ Crepaldi, Ch. Et al., Access to Healthcare and Long-Term Care: Equal for women and men, 2009, p. 61.

⁷ Organisation mondiale de la santé, *Les femmes et la santé. La réalité d'aujourd'hui, le programme de demain*, 2009 ; Thummler, K. et al., *Data and Information on Women's Health in the European Union*, 2010 ; European Institute of Women's Health, *Women's Health in Europe. Facts and Figures Across the European Union*, 2006.

⁸ Lin, V. & al., « Gender-sensitive indicators: Uses and relevance », *International Journal of Public Health*, vol.52, 2007, pp. 527-534.

⁹ Conseil National des Femmes francophones de Belgique, *Les femmes...négligées par la médecine?*, 2009.

¹⁰ Schenck-Gustafsson, K., Centre of Gender Medicine, présentation publique parrainée par le 1.6 Million Club for Women's Health, Bruxelles, 26 janvier 2010 ; voir également *Red Alert on Women's Hearts. Women and Cardiovascular Research in Europe*, 2009.



alors qu'ils n'ont été testées que sur des hommes et peuvent par conséquent n'avoir que peu d'effet sur ces dernières, voire se révéler contreproductives.

Certains organismes de recherche reconnaissent le fait que les femmes et les hommes ne sont pas égaux biologiquement, et adoptent une perspective plus large sur les aspects biologiques de la vie de femme concernant l'enfance, l'adolescence, la maternité, la grossesse et la ménopause. Malgré tout, des lacunes considérables subsistent au niveau de l'expertise et des connaissances générales relatives aux différences liées aux maladies entre les femmes et les hommes, de même qu'un manque flagrant d'études, d'analyses, de recherche et de données ventilées par sexe, sensibles à la dimension de genre et susceptibles d'apporter une réponse à ces différences.

2. Besoins et risques sanitaires des femmes

Les dimensions sexuelle et de genre de la santé impliquent que les femmes sont confrontées à certains risques sanitaires spécifiques au cours de leur vie. De plus, l'âge, l'origine ethnique, le handicap, l'orientation ou l'identité sexuelle, les ressources, l'éducation, le statut social ou l'état civil, la position sur le marché du travail, le lieu de résidence, le niveau d'égalité entre les femmes et les hommes dans la société et d'autres éléments influencent les besoins sanitaires des femmes ainsi que leur accès à la santé. Seule la prise en compte de la diversité des femmes et son intégration dans les politiques sanitaires qui s'adressent aux femmes renforcera l'efficacité de ces politiques.

2.1 Préoccupations sanitaires propres aux femmes

a. Cancers du sein, du col de l'utérus et de l'utérus

Le cancer est l'un des principaux risques sanitaires en Europe aujourd'hui. En 2006, il a tué 140 femmes sur 100 000.¹¹ Les femmes sont affectées par d'autres cancers que les hommes, principalement les cancers du sein, du col de l'utérus et de l'utérus. Le cancer du sein touche presque exclusivement les femmes et reste l'une des principales causes de mortalité par cancer chez les femmes dans l'UE, soit 25,14 victimes pour 100 000 femmes de moins de 65 ans.¹² Le cancer du col de l'utérus ne touche quant à lui que les femmes et est potentiellement mortel, surtout chez celles vivant dans les nouveaux États membres de l'UE.¹³

Le dépistage est considéré comme l'une des mesures de prévention du cancer les plus efficaces.¹⁴ Il est possible de traiter les cancers du sein et du col de l'utérus à un stade précoce moyennant un accès à un dépistage efficace pour toutes les femmes ainsi qu'à des traitements validés scientifiquement. Tous les États membres ont prévu des mesures de dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus, mais les conditions d'accès ainsi que la qualité du traitement varient selon le pays. Seuls dix États membres de l'UE se sont fixé

¹¹ EUROSTAT, *Chiffres clés de l'Europe*, 2009, Figure 2.8 : Causes de décès, UE-27, 2006, p. 58.

¹² Mladovsky, P. et al., *Health in European Union*, 2007, p. 27. Des recherches plus poussées sont nécessaires pour démontrer l'impact de l'environnement, en particulier des perturbateurs endocriniens, sur l'incidence accrue du cancer du sein chez les femmes en Europe.

¹³ Voir Organisation mondiale de la santé, Bureau régional de l'Europe, *Atlas de la santé en Europe*, 2008, p. 49.

¹⁴ Spadea, T. et al., « Inequalities in female cancer screening rates », in *EUROTHINE, Tackling Health Inequalities in Europe: An Integrated Approach*, 2007, pp. 500-521.



pour objectif le dépistage du cancer du sein souhaitable de 100 % de la population féminine, et huit poursuivent le même objectif pour le dépistage du cancer du col de l'utérus.¹⁵

Des vaccins ont été mis au point récemment contre deux types de papillomavirus humain, qui causerait 70 % des cancers du col de l'utérus.¹⁶ Pour être efficace, le vaccin doit être administré avant le début de la vie sexuelle.¹⁷ Il est disponible dans treize États membres de l'Union, s'adresse aux jeunes filles entre 9 et 13 ans, est généralement gratuit et disponible sur demande. Dans plusieurs autres États membres, comme Chypre, la République tchèque, l'Estonie et Malte, on projette de mettre le vaccin à la disposition du public mais ce projet n'a été ni adopté, ni mis en œuvre.¹⁸ La mise à disposition du vaccin contre le papillomavirus humain ne devrait toutefois pas mener à une baisse du taux de dépistage du cancer du col de l'utérus, qui reste le principal outil de prévention, étant donné la couverture vaccinale incomplète.

D'autres formes de cancer qui touchent les femmes et les hommes ont une dimension de genre. Le cancer du poumon, par exemple, a été pendant longtemps considéré comme une maladie d'hommes et les mesures de prévention et de traitement ont été développées en conséquence. Les données existantes montrent que le cancer du poumon continue d'être prédominant chez les hommes en Europe par rapport aux femmes,¹⁹ mais les taux de mortalité des femmes ont augmenté rapidement au cours des dernières décennies.²⁰ En effet, alors que les taux des hommes sont en baisse, ceux des femmes continuent à augmenter à peu près partout, sauf au Royaume-Uni et, dans une certaine mesure, en Irlande et au Danemark.²¹ Selon une étude française, tandis que le taux de cancer du poumon pour les hommes de 40 ans a diminué de moitié au cours des dix dernières années, le taux pour les femmes a été multiplié par quatre en 15 ans.²² Pour les femmes, le cancer du poumon n'a été reconnu que récemment comme un problème de santé et traité comme tel. Les données comparables européennes ont mis en évidence un profil géographique de l'incidence du cancer du poumon lié à l'usage du tabac au cours des deux ou trois dernières décennies. Ainsi, les taux les plus élevés de cancer du poumon chez les femmes sont au Danemark, en Hongrie et au Royaume-Uni, tandis que les plus faibles se trouvent en Espagne, à Malte et au Portugal.²³ D'autre part, le tabagisme est aujourd'hui plus répandu chez les femmes dans les pays européens du sud de par rapport à ceux de plus au Nord.²⁴ En conséquence, la prévention et le traitement doivent changer et s'adapter à ces schémas de répartition géographique et de genre.

¹⁵ Spadea, T. et al., « Inequalities in female cancer screening rates », in *EUROTHINE: Tackling Health Inequalities in Europe: An Integrated Approach*, 2007, pp. 500-521.

¹⁶ Les Papillomavirus humains (PVH) regroupent une centaine de virus, dont neuf sont considérés comme à haut risque, susceptibles de générer un cancer du col de l'utérus ou de l'anus. La vaccination ne concerne que les PVH 16 et 18 qui, selon les statistiques, représentent 70 % des PVH trouvés dans les cas de cancer du col de l'utérus (sous caution, car les laboratoires pharmaceutiques sont peut-être à la source de ces chiffres). Source : <http://www.who.int/immunization/topics/hpv/en/>

¹⁷ European Cervical Cancer Association, *Guidelines for Cancer Prevention, HPV Vaccination Across Europe*, 2010.

¹⁸ Ibid.

¹⁹ Mladovsky, P. et al., *Health in European Union*, 2007, Fig. 3.6 Standardised lung cancer incidence rates per 100 000, in selected European countries, 2000, p. 33. Organisation mondiale de la santé, *l'Atlas de la santé en Europe*, 2008, décès par cancer du poumon, 25 - 64 ans, p. 47.

²⁰ Ibid, p. 34

²¹ Ibid.

²² Institut de veille sanitaire, Bulletin Épidémiologique No. 19-20 (BEH), *Special Issue – World No Tobacco Day, 31 May 2010*, <http://www.invs.sante.fr/beh/>

²³ Thummler, K. et al., *Data and Information on Women's Health in the European Union*, 2010, p. 37.

²⁴ Boyle, P. and Fery, F., Cancer incidence and mortality in Europe 2004, in *Annals of Oncology* No. 16, pp. 481- 488. Elmadfa I (ed.): *European Nutrition and Health Report 2009*, Forum Nutrition Basel, Karger, vol. 62, pp. 180-184.



b. Santé et soins reproductifs, mortalité maternelle, stérilité et technologies de procréation assistée (TPA)

- **Santé et soins reproductifs des femmes, et mortalité maternelle**

Chaque année, plus de cinq millions de femmes accouchent dans l'UE. Deux autres millions font une fausse-couche, qu'il s'agisse d'avortements spontanés, provoqués ou de grossesses ectopiques.²⁵ Pour diverses raisons liées à la durée des études, à la participation au marché du travail, aux difficultés de concilier travail et vie privée, aux coûts, les femmes en Europe ont de plus en plus des enfants plus, ce qui donne lieu à différents types de risques et de besoins sanitaires.²⁶

Les soins de santé pour les femmes enceintes doivent commencer le plus tôt possible dans le courant du premier trimestre de la grossesse, afin de permettre une identification précoce de certaines maladies exigeant un suivi particulier, de déterminer les problèmes sociaux pour lesquels les femmes auraient besoin de l'aide des services sociaux ou de santé mentale, et informer les femmes de tout ce qui touche à la grossesse. La surveillance de la santé de la femme enceinte, avec une attention particulière aux femmes présentant un risque de pré-éclampsie, de diabète et d'hypertension, peuvent abaisser de manière significative la mortalité et la morbidité maternelles et infantiles.²⁷ Avant conception, les examens médicaux des deux partenaires doivent être encouragés, car ils permettent de prévenir un certain nombre de risques sanitaires : les maladies génétiques qui conduisent à l'hémophilie ou à des infections (VIH-sida, hépatite C, syphilis, tuberculose, diabète et prévention de la spina bifida).

Des chiffres provenant d'une série d'États membres²⁸ démontrent que plus de 90 % se font contrôler par un médecin pendant le premier trimestre de grossesse, ce qui signifie malgré tout qu'une femme sur dix en Europe n'a pas accès à ces soins.²⁹ De plus, dans certains cas, l'accès aux soins prénataux, voire aux services d'accouchement, pose un problème. Ainsi, les femmes qui vivent en zone rurale, doivent dans certains cas parcourir une longue distance pour accoucher, ce qui peut mettre leur vie en péril.

Dans tous les pays de l'UE, les services d'accouchement sont gratuits, même si la femme n'est pas assurée.³⁰ Néanmoins, dans de nombreux États membres, les femmes n'ont pas la possibilité d'accoucher selon la méthode de leur choix. La naissance est devenue surmédicalisée, et le nombre de césariennes dépasse les 30 %, ce qui peut entraîner différents types de complications obstétriques et de problèmes de santé. Le traumatisme psychologique et les expériences négatives de l'accouchement doivent davantage retenir l'attention des spécialistes, car ils font partie de la qualité des soins maternels.

²⁵ Une grossesse ectopique se déroule en dehors de la cavité utérine ; elle est traitée comme une urgence. Si elle n'est pas correctement traitée, elle peut entraîner le décès de la mère.

²⁶ Organisation mondiale de la santé, Bureau régional de l'Europe, *Atlas de la santé en Europe*, 2008, p. 16.

²⁷ La pré-éclampsie, l'hypertension provoquée par la grossesse et la toxémie sont des maladies étroitement liées. Le syndrome de HELLP et l'éclampsie sont les manifestations du même syndrome. Globalement, la pré-éclampsie et d'autres troubles hypertensifs de la grossesse sont une cause majeure de maladie et de décès maternels et infantiles.

²⁸ République tchèque, Allemagne, France, Italie, Portugal, Slovaquie, Finlande, Suède.

²⁹ Tableau 5.1 Pourcentage de femmes enceintes en fonction de la date de la première visite prénatale, in *European Perinatal Health Report*, 2008, p. 73.

³⁰ EURO-PERISTAT Project, *European Perinatal Health Report*, 2008, p. 94.



La mortalité maternelle est considérée comme un marqueur majeur des performances du système de santé.³¹ Le taux de mortalité maternelle en Europe est bas par rapport aux autres régions du monde, en raison d'une part d'un taux de fertilité très faible (1,5 enfant par femme)³², d'autre part de la haute qualité des soins. Les données du dernier rapport mondial sur la mortalité maternelle (avril 2010) révèlent que treize États membres de l'UE figurent parmi les vingt pays au monde où le taux de mortalité maternelle est le plus bas, soit 7/100 000 enfants nés vivant-e-s.³³ Cependant, même un seul décès maternel doit être considéré comme le signe d'un dysfonctionnement dans les services de soins et cinq nouveaux États membres affichent des taux de mortalité maternelle supérieurs à 18/100 000.³⁴

- **Stérilité des femmes et accès aux techniques de procréation assistée (TPA)³⁵**

La majorité des États membres de l'UE classent la stérilité comme un problème médical ; toutefois, on constate des différences notables entre les pays au niveau de la réglementation de l'accès à et de la fourniture des services de PA pour traiter la stérilité féminine ou masculine ou dans d'autres cas. Dans la plupart des cas, les traitements de la stérilité sont, en tout ou en partie, financés par les systèmes nationaux de santé. Par exemple, au Portugal et en Espagne, les procédures de PA sont totalement remboursées si elles sont effectuées dans une clinique ou un hôpital public. L'Allemagne et l'Autriche remboursent quant à elles 70 % du coût du traitement³⁶. Le manque de fonds publics limite l'accès en Irlande, en Roumanie et au Royaume-Uni, entre autres ; au Portugal et en Italie, la législation nationale interdit certains traitements de PA. Dans ces cas, les femmes ou les couples peuvent profiter de la libre circulation pour se rendre à l'étranger et y bénéficier d'un traitement. Ainsi, la moitié des femmes suivies pour stérilité en Espagne viennent d'un autre pays de l'UE.³⁷

Les femmes se heurtent également à des restrictions dans l'accès aux traitements pour infertilité sur la base de l'âge, de l'orientation sexuelle et de l'état civil. La Belgique et la France sont les deux seuls pays européens à donner accès aux techniques de procréation assistée aux femmes de plus de 40 ans.³⁸ La majorité des États membres de l'UE excluent en effet les femmes célibataires et/ou les lesbiennes. En Slovaquie, par exemple, la procréation assistée est conditionnelle à une relation physique intime entre une femme et un homme. Et lorsque le traitement est légalement possible pour les femmes célibataires ou lesbiennes, comme en Belgique, il est soumis à certaines conditions.

³¹ La mortalité maternelle est le nombre de décès de mères pour 100 000 enfants nés vivants.

³² Voir http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/population/data/main_tables

³³ The Lancet, *Maternal mortality for 181 countries, 1990-2008: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 5*, avril 2010.

³⁴ Ibid. Lettonie (18), Slovaquie (19), Estonie (22), Roumanie (26), Bulgarie (28) et Chypre (41).

³⁵ Les technologies de procréation assistée englobent : la fécondation in vitro (FIV), l'injection intra cytoplasmique de spermatozoïdes (ICSI), le transfert d'embryon congelé, le don d'ovules, le dépistage/diagnostic génétique préimplantatoire (DPI) et la maturation in vitro (MIV). Voir Sorensen, C., « ART in the European Union », *Euro Observer*, 2006, Vol. 8, No. 4.

³⁶ Table 1: Funding and reimbursement status of ART in EU-15, *Euro Observer*, 2006, Vol. 8, No. 4, p. 7.

³⁷ *Euro Observer*, 2006, Vol. 8, No. 4.

³⁸ « En raison de la baisse de la fertilité et du risque accru de fausse-couche avec l'âge, le coût de la FIV par grossesse arrivée à terme est plus de trois à cinq fois élevé chez les femmes de 40 ans et plus, comparé à celles de 30 ans et moins. » Chiffres disponibles au tableau 1 : Funding and reimbursement status of 'ART in EU-15', *Euro Observer*, 2006, Vol. 8, No. 4, p. 7.



- **VIH-sida**

En 2008, 850 000 adultes et enfants vivaient avec le VIH-sida en Europe occidentale et centrale, dont un tiers sont des femmes. Bien que les rapports sexuels entre hommes demeurent le mode le plus courant de transmission du VIH-sida, 29% des nouveaux diagnostics de VIH-sida en Europe occidentale sont dus à des rapports hétérosexuels et 51% en Europe centrale. Le taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant en Europe est proche de zéro mais cette transmission n'a pas été complètement éradiquée dans tous les pays.³⁹ Du fait de la combinaison des facteurs biologiques et des inégalités femmes-hommes, les femmes et les filles sont particulièrement vulnérables à l'infection par le VIH: elles sont deux fois plus susceptibles de contracter le VIH par le biais de rapports hétérosexuels non protégés avec un partenaire que les hommes. En outre, la dépendance économique et sociale augmente parfois la vulnérabilité des femmes qui ne sont parfois pas en mesure de refuser des rapports sexuels ou de négocier l'utilisation du préservatif.⁴⁰

- **Maladies sexuellement transmissibles (MST)**

Le risque de contamination par une maladie sexuellement transmissible ou le sida est nettement supérieur pour une femme que pour un homme. Or la femme dépend du bon vouloir de son partenaire en matière de prévention.⁴¹ Lors de la conférence mondiale de Pékin ainsi que de celle du Caire, des organisations de femmes avait attiré l'attention sur la nécessité de développer des méthodes de prévention tel que de nouveaux modèles de préservatifs féminins ou des virucides pour donner aux femmes le pouvoir de se protéger. Cependant, les moyens financiers pour développer de nouveaux préservatifs féminins (n'ont toujours pas été attribués, ni même prévus

- **Droits sexuels et reproductifs des femmes**

Les droits sexuels et reproductifs des femmes englobent l'accès à un avortement sûr et légal, à une contraception fiable, sûre et abordable, alliés à une éducation sexuelle et des informations sur la santé sexuelle et reproductive, au libre choix et au libre consentement. Toutes les femmes qui vivent dans les États membres de l'Union européenne doivent pouvoir exercer librement ces droits et accéder pleinement aux services sanitaires qui s'y rapportent.

Certains États membres de l'UE garantissent de façon efficace ces droits aux femmes. Le Danemark, la Suède, la Finlande et les Pays-Bas affichent les taux d'avortement les plus bas d'Europe et du monde. En même temps, les femmes qui vivent dans ces pays ont gagné le droit à l'avortement dans les années 70 ou 80, et peuvent accéder facilement à l'information et à toutes les méthodes de contraception.

A l'opposé, ces droits sont strictement limités et/ou conditionnés dans plusieurs États membres de l'UE. À Malte comme en Irlande, l'avortement est un délit pénal. Les législations polonaise et chypriote sur l'avortement sont très restrictives. En Hongrie, en Lettonie, en Lituanie, au Luxembourg et en Slovaquie, la législation est elle aussi très restrictive et impose une procédure d'autorisation compliquée. En outre, dans

³⁹ UNAIDS/WHO: AIDS epidemic update 2009, Genève, p. 65-67, 82.

⁴⁰ <http://www.unaids.org/en/PolicyAndPractice/KeyPopulations/WomenGirls/default.asp>

⁴¹ WHO, UNAIDS, The Female Condom. A guide for planning and programming, Genève, 2001



ces pays, l'intervention médicale est extrêmement coûteuse et en majorité non couverte par l'assurance santé. L'accès à la contraception est lui aussi limité en raison du prix. L'absence d'accès aux droits reproductifs et sexuels se solde par des avortements illégaux onéreux et dangereux, de même que par des inégalités entre les femmes.

Même dans les pays où l'avortement est légal, l'accès est souvent freiné par la longueur des procédures, le coût et les disparités géographiques dans la disponibilité de ces services. Le nombre croissant de professionnel-le-s de la santé qui refusent de pratiquer l'avortement, en particulier en Espagne, en Italie, en Pologne et en Hongrie, représente une menace supplémentaire pour les droits et la santé des femmes. Dans de nombreux États membres, en dessous de dix-huit ans, les femmes doivent avoir le consentement d'un parent ou tuteur.⁴² Tous les pays n'offrent pas un suivi pré- et post-avortement, ni des informations sur la contraception et sa disponibilité.⁴³ Les limitations et les restrictions budgétaires infligées par les gouvernements nationaux dans la santé publique ont également rendu l'accès aux services et à la santé plus onéreux. Enfin, l'influence grandissante des mouvements anti-choix et religieux joue un rôle important dans la limitation des services de santé reproductive et sexuelle et la violation du droit des femmes à l'autodétermination. À cet égard, il faut dénoncer les protocoles et déclarations unilatérales restrictifs annexés aux traités d'adhésion à l'Union européenne pour l'Irlande, Malte et la Pologne.

c. Troubles de l'alimentation

Les femmes sont plus nombreuses que les hommes à présenter des troubles de l'alimentation.⁴⁴ La perception qu'ont les femmes de leur propre santé est généralement pire que les hommes.⁴⁵ Plus particulièrement, les femmes, surtout celles de moins de 30 ans, ont une perception de leur propre corps plus négative que les jeunes hommes.⁴⁶ Les troubles alimentaires, associés à cette faible estime de soi, trouvent leur source dans les stéréotypes envahissants sur le corps des femmes présents dans les médias et la publicité.⁴⁷ Les effets à long terme sur la santé physique et mentale des troubles alimentaires tels que l'anorexie et la boulimie sont bien connus, de même que la dimension de genre de leurs causes.⁴⁸ Néanmoins, une approche sensible au genre doit être intégrée au discours sur la santé et aux informations destinées au public.

⁴² IPPF European Network, *Abortion Legislation in Europe*, 2009.

⁴³ Les derniers chiffres relatifs à l'utilisation de la contraception démontrent que dans six pays membres de l'UE seulement, plus de 70 % des femmes âgées de 15 à 49 ans utilisent un moyen de contraception moderne. Dans 8 États membres, comme la Pologne, la Lituanie, la Roumanie, la Bulgarie, moins de 40 % des femmes emploient une méthode de contraception moderne. Save the Children, « The Complete Mothers' Index 2010 », in *Women on the Front Lines of Health Care. State of the World's Mothers 2010*.

⁴⁴ Elmadfa, I. et al., 'Health and Lifestyle Indicators in the European Union', in Elmadfa I (ed.): *European Nutrition and Health Report 2009*, Forum Nutrition Basel, Karger, vol. 62, pp. 157-171.

⁴⁵ Commission européenne, Eurobaromètre spécial No. 283, « Santé et soins de longue durée dans l'Union européenne », 2007.

⁴⁶ Organisation mondiale de la santé, Bureau régional de l'Europe, *A Snapshot of the Health of Young People in Europe*, 2009, p. 56 et Figure 3.3.4

⁴⁷ Orbach, S., *Bodies*, 2009, Profile Books LTD, London, UK.

⁴⁸ Orbach, S., *Fat is a Feminist Issue*, 1978, Arrow, UK.



d. Ostéoporose, troubles musculo-squelettiques et maladies du système nerveux central

Des maladies comme l'ostéoporose,⁴⁹ les problèmes musculo-squelettiques et du système nerveux central comme la maladie d'Alzheimer et/ou la démence⁵⁰ sont liées aux changements hormonaux que connaissent les femmes au moment de la ménopause.⁵¹ Alors que l'on sait que les femmes sont plus concernées que les hommes par ces maladies, la dimension de genre de la recherche sur ces pathologies reste très limitée et on manque donc de programmes qui abordent les besoins spécifiques des femmes, les informent quant aux méthodes de prévention, forment les professionnel-le-s de la santé, etc.⁵²

Une des conclusions les plus constantes dans l'épidémiologie sociale de la santé mentale est la différence entre les femmes et les hommes concernant la dépression. Du fait de différents facteurs, y compris les rôles de genre différents des femmes et des hommes et inégalités entre les femmes et les hommes, la dépression est environ deux fois plus répandue chez les femmes que chez les hommes. Toutefois, l'absence de données comparables entrave les comparaisons internationales de la prévalence de la dépression dans la population générale. Une étude n indique que les femmes signalent des niveaux plus élevés de dépression que les hommes dans tous les pays, mais il y a d'importantes variations nationales dans cette différence entre les sexes. Les différences entre les sexes concernant la dépression sont plus importantes dans certains des pays est- et sud- européens et les plus faibles en Irlande, en Slovaquie et dans certains pays nordiques. Des facteurs socio-économiques ainsi que les ceux liés à la famille modèrent la relation entre le sexe et la dépression. La réduction du risque de dépression est associée pour les deux sexes au mariage et à la cohabitation avec un-e partenaire, ainsi qu'avec une bonne position socio-économique générale. Dans la majorité des pays, les facteurs socio-économiques ont la plus forte association avec la dépression chez les hommes et les femmes.⁵³

e. La consommation d'alcool et de drogues des femmes

La consommation d'alcool et de drogues augmente considérablement chez les femmes et les filles, ce qui pose de graves menaces pour leur santé physique et psychologique. La recherche et les statistiques en Suède ainsi qu'en Europe montrent de plus en plus de problèmes de santé liés à l'alcool chez les femmes. Le traitement traditionnel des problèmes liés à la dépendance ont eu pour norme et point de départ les besoins et les symptômes des hommes. Les femmes, par conséquent, sont considérées comme un sous-groupe et les programmes de prévention, l'accès à l'aide etc. sont basés des expériences des hommes. Cette situation doit changer afin de s'assurer que les femmes reçoivent un traitement et des soins adéquats.

⁴⁹ Chiffres de l'International Osteoporosis Foundation, données statistiques sur l'ostéoporose et son impact : <http://www.iofbonehealth.org/facts-and-statistics.html> Les mêmes données nous informent quant au nombre estimé de femmes et d'hommes qui souffrent d'ostéoporose dans plusieurs États membres de l'UE (BE, DK, FIN, FR, GER, GR, SP, SE, UK) ainsi que sur la disponibilité et le coût du traitement.

⁵⁰ Alzheimer Europe, *Dementia in Europe. Yearbook 2008*, p. 133.

⁵¹ Organisation mondiale de la santé, Genre, femmes et santé, Les femmes, le vieillissement et la santé, 2003.

⁵² Deux publications sont citées pour étayer cette conclusion : Freedman KB, Kaplan FS, Bilker WB, et al. (2000) Treatment of osteoporosis: are physicians missing an opportunity? *J Bone Joint Surg Am* 82-A:1063 et Siris ES, Miller PD, Barrett-Connor E, et al. (2001) Identification and fracture outcomes of undiagnosed low bone mineral density in postmenopausal women: results from the National Osteoporosis Risk Assessment. *JAMA* 286:2815 sur <http://www.iofbonehealth.org/facts-and-statistics.html>

⁵³ Gender differences in depression in 23 European countries. Cross-national variation in the gender gap in depression, Van de Velde S, Bracke P, Levecque K., *Soc Sci Med.* 2010 Jul;71(2):305-13. Epub, 2010.



2.2 Déterminants structurels des risques sanitaires pour les femmes

a. Violence masculine envers les femmes

La violence masculine envers les femmes et son impact sur leur santé représente un obstacle considérable à la réalisation de l'égalité femmes-hommes ainsi qu'au plein exercice des droits humains des femmes. On la définit comme « la violence exercée contre une femme parce qu'elle est une femme ou qui touche spécialement les femmes. Elle englobe les actes qui infligent des tourments ou des souffrances d'ordre physique, mental ou sexuel, la menace de tels actes, la contrainte ou autres privations de liberté ».⁵⁴ La violence masculine peut arriver à n'importe qui. Il s'agit d'un phénomène structurel qui n'est à la base, pas lié au statut social, à l'éducation, à la pauvreté ou à un autre facteur.

D'après le Conseil de l'Europe, une femme sur cinq, voire sur quatre, est victime de violence masculine, dont les formes sont multiples.⁵⁵ Ainsi, plus d'une femme sur dix en Europe est confrontée à la violence masculine impliquant l'usage de la force.⁵⁶ Au Royaume-Uni, chaque semaine, deux femmes meurent entre les mains de leur partenaire ou ex-partenaire. Quelque 80 000 femmes subissent un viol ou une tentative de viol.⁵⁷ En France, une femme meurt tous les trois jours sous les coups de son partenaire.⁵⁸ Dans l'UE, entre 40 et 50 % des femmes font l'expérience du harcèlement sexuel au travail.⁵⁹ Sur les 250 000 victimes de la traite chaque année en Europe, 79 % sont victimes de la traite dans un but d'exploitation sexuelle, et plus de 80 % de ces victimes sont des femmes.⁶⁰ Actuellement, on estime que 500 000 femmes et filles qui vivent dans l'Union européenne subissent ou sont menacées de mutilations génitales féminines.⁶¹

La plupart des études évaluent le coût de la violence masculine envers les femmes en termes économiques. Pour les 27 États membres, on estime que le coût total annuel de la violence conjugale atteindrait les 16 milliards d'Euros, soit un million d'Euros toutes les demi-heures.⁶² Or, les budgets annuels destinés à prévenir la violence masculine envers les femmes dans les 27 États membres s'élèvent à 1000 fois moins. Quoi qu'il en soit, l'incidence de la violence masculine envers les femmes, quelle que soit sa forme, reste très difficilement quantifiable. Les « normes » sociales actuelles rendent la dénonciation de cette violence par les femmes très difficile, et on ignore donc sa prévalence. On reproche souvent aux femmes d'« inciter » à la violence, au lieu de les considérer comme des victimes.

⁵⁴ Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, Recommandation générale n°19. La violence masculine envers les femmes inclut donc, sans toutefois s'y limiter : les agressions sexuelles, le viol, le harcèlement sexuel, la violence physique, la violence verbale, la violence psychologique et mentale, la violence domestique masculine (dans le cadre d'une relation intime et/ou de la famille), le harcèlement, le mariage forcé, les mutilations génitales féminines, les crimes « d'honneur », notamment le meurtre, la lapidation, les attaques à l'acide et le suicide forcé, les violations de la santé et des droits reproductifs et sexuels des femmes, dont la stérilisation forcée, la pornographie et la publicité sexiste, la violence institutionnalisée (en milieu hospitalier, dans les instituts de soins, les prisons, ou les centre d'accueil pour réfugié-e-s), la prostitution, la traite des femmes, et la violence masculine envers les femmes en temps de guerre ou de conflit.

⁵⁵ Conseil de l'Europe, 2008.

⁵⁶ Ibid.

⁵⁷ Trevor Phillips, *Chair Equality and Human Rights Commission*, UK, 26/11/2007.

⁵⁸ *Mission Égalité des Femmes et des Hommes*, 2009.

⁵⁹ Fiche d'information des Nations unies, 2006.

⁶⁰ Office des Nations unies contre la drogue et le crime, *analysis on Europe*, 2009.

⁶¹ *Association of European Parliamentarians with Africa*, 2009.

⁶² Projet Daphné sur le coût de la violence domestique en Europe, 2006.



La violence masculine envers les femmes peut avoir de graves conséquences sur la santé, qui ne sont souvent pas reconnues, voire minimisées, tout comme la violence elle-même. En réalité, cependant, l'impact sur la santé des différentes formes de violence masculine à l'encontre des femmes et des filles dépasse son coût économique. Outre le traumatisme physique, y compris les nombreuses formes de souffrance sexuelle, être victime d'une forme ou l'autre de violence masculine, que ce soit dans la sphère publique ou privée, peut avoir de graves retombées sur la santé mentale des femmes. Vivre la violence peut entraîner le stress post-traumatique, la dépression, l'anxiété, des crises de panique ainsi que des comportements à haut risque pour la santé (comme la dépendance à certaines substances, des comportements sexuels dangereux, des relations impliquant certains abus).⁶³ La violence conjugale masculine a des effets graves et persistants sur la santé physique et mentale des femmes, et génère un coût énorme en termes de décès prématurés et de handicaps.⁶⁴ Les maladies sexuellement transmissibles et les grossesses non désirées sont d'autres conséquences que les femmes victimes de la violence peuvent rencontrer en cas de viol (y compris dans le viol marital), d'inceste, de prostitution, de pornographie, etc.⁶⁵ Les femmes et les filles qui subissent des mutilations génitales féminines sont exposées à des effets à court et à long terme sur leur santé physique, psychologique, sexuelle et reproductive.⁶⁶

Une série de facteurs alimentent la manière dont les différentes formes de violence masculine influencent la santé des femmes, notamment la pauvreté, la dépendance économique, l'absence de soutien social, les diverses formes de discrimination fondée sur l'âge, le statut de migrante, l'orientation sexuelle, le handicap, etc. La crise économique actuelle a elle aussi de lourdes retombées sur la protection des femmes contre la violence masculine, puisque les financements et le soutien destinés aux ONG, aux services publics et/ou spécialisés ont diminué ou subissent des coupes claires. L'augmentation de l'extrême pauvreté favorise également la prostitution, l'exploitation sous toutes ses formes, la traite des femmes, et la violence masculine en général.⁶⁷ L'impact de la violence couplée à la crise sur la santé des femmes se traduit par une recrudescence de la fréquentation des centres de santé et les défis que rencontrent ces services au niveau non seulement de la prévention, mais encore de la dénonciation de la violence.⁶⁸

b. Discrimination envers les femmes en matière de santé

Outre le manque d'intégration d'une perspective de genre dans les politiques de santé et l'inadéquation des services sanitaires par rapport aux besoins des femmes, les femmes subissent également la discrimination au niveau de la santé, c'est le cas en particulier de certains groupes de femmes, victimes de la discrimination multiple.

La directive 2000/43/CE du Conseil interdit la discrimination basée sur l'origine raciale ou ethnique et « s'applique à toutes les personnes, tant pour le secteur public que pour le secteur privé, y compris les

⁶³ Thummler, K. et al., *Data and Information on Women's Health in the European Union*, 2010.

⁶⁴ Ibid.

⁶⁵ Martin, S. and Macy, R., *Sexual Violence Against Women: Impact on High-Risk Health Behaviors and Reproductive Health*, National Online Research Center on Violence Against Women, 2009.

⁶⁶ Amnesty International, *Mettre fin aux mutilations génitales féminines. Stratégie pour les institutions de l'Union européenne*, 2009.

⁶⁷ Lobby européen des femmes et Oxfam International, *An Invisible Crisis? Women's poverty and social exclusion in the European Union at a time of recession*, 2010.

⁶⁸ Ibid.



organismes publics » qui assurent « la protection sociale, y compris la sécurité sociale et les soins de santé » ainsi que « l'accès aux biens et services et la fourniture de biens et service [...] ». ⁶⁹ Néanmoins, cette directive n'est pas mise en œuvre dans sa totalité par les États membres de l'UE en ce qui concerne l'accès aux soins de santé pour les femmes d'origine ethnique ou raciale différentes. Ainsi, les femmes de la communauté rom sont victimes de ce type de (double) discrimination. Les femmes roms font moins appel aux services de santé que le reste de la population, en partie parce qu'elles sont souvent victimes de discrimination et de harcèlement de la part des professionnel-le-s de la santé. La langue et d'autres obstacles culturels empêchent aussi les femmes roms d'accéder aux soins de santé. ⁷⁰ Cette discrimination peut même déboucher sur la violence par exemple, la stérilisation forcée des femmes roms, grave violation de leur intégrité physique, de leur liberté de choix et de leur droit à l'autodétermination en matière de vie reproductive, et qui retient de plus en plus l'attention. ⁷¹

La stérilisation forcée est un problème qui touche également les femmes handicapées ⁷², qui elles aussi se heurtent à une série d'obstacles lorsqu'elles cherchent à accéder aux soins de santé. Les services de santé sont en effet très mal adaptés aux besoins et aux droits propres aux femmes moins valides, en particulier dans le domaine de la santé reproductive et sexuelle. Celles-ci sont souvent stigmatisées comme asexuelles, incapables de prendre de manière indépendante les décisions concernant leur vie sexuelle. Parvenir à garantir un accès sûr, informé et flexible à la santé et aux droits reproductifs et sexuels aux femmes handicapées reste l'un des grands défis à relever pour les services de santé dans la plupart des États membres. Les femmes handicapées ont droit à la liberté de choix, y compris à l'intégrité physique et à un consentement informé. De même, elles ont droit à une vie privée et familiale, et donc d'être informées en matière de planning familial et de procréation médicalement assistée. ⁷³

Les travaux de recherche sur la situation sanitaire particulière des lesbiennes sont rares, y compris quant à leur vulnérabilité à certaines maladies et à leurs besoins sanitaires précis. ⁷⁴ En soi, l'orientation sexuelle n'influence pas directement la prévalence du cancer ou d'autres maladies. Néanmoins, les rapports existants démontrent que la double discrimination basée sur le sexe et l'orientation sexuelle peut avoir des retombées non négligeables sur le bien-être physique et mental, et décourager certaines femmes de s'adresser aux prestataires de soins. Les lesbiennes et les femmes bisexuelles se rendent moins fréquemment chez le gynécologue que les femmes hétérosexuelles. Les quelques recherches menées à bien mettent en lumière les mauvais traitements et la discrimination vécus par les lesbiennes de la part du personnel et des professionnel-le-s de la santé. ⁷⁵ La crainte vis-à-vis d'une réaction lesbophobe de la part des prestataires de soins, couplée à une forte réticence à partager des questions de vie privée avec un-e étranger-ère jouent un rôle déterminant :

⁶⁹ Directive 2000/43/CE du Conseil du 29 juin 2000 relative à la mise en œuvre du principe de l'égalité de traitement entre les personnes sans distinction de race ou d'origine ethnique, J.O. L 180 du 19/07/2000, Art. 3 (e) et (h).

⁷⁰ Corsi, M. et al., *Ethnic minority and Roma women in Europe: A case for gender equality?*, Commission européenne, 2010, pp. 111-115.

⁷¹ Pour en savoir plus, consultez les travaux d'European Roma Rights: <http://www.errc.org>

⁷² Forum européen des personnes handicapées, *Statement against The Forced Sterilization of Girls and Women with Disability on 25th November 2009*, accessible en anglais sur www.edf-feph.org. Ces cas n'ont pas été repris dans un rapport complet d'envergure européenne, mais ils sont connus et signalés par les ONG actives dans ce secteur.

⁷³ Voir le travail du Forum européen des personnes handicapées et diverses interventions publiques sur le sujet : www.edf-feph.org

⁷⁴ Genon, C. et al., 'Pour une promotion de la santé lesbienne : état des lieux des recherches, enjeux et propositions', in *Genre, sexualité & société*, No. 1, pp. 1-24. La plupart des études citées comme référence ont été menées à bien au Canada et aux États-Unis.

⁷⁵ Agence des droits fondamentaux (FRA) *Homophobia and Discrimination on Grounds of Sexual Orientation and Gender Identity in the EU Member States: Part II – The Social Situation*, 2009, pp. 76 – 82.



souvent, les lesbiennes ne s'adressent aux services sanitaires qu'en cas de stricte nécessité, et se passent de visites préventives.⁷⁶

c. Pauvreté

La pauvreté en Europe est un phénomène multidimensionnel qui est lié non seulement à la privation matérielle, mais aussi à différents problèmes dont le mauvais état de santé. Les femmes sont moins bien loties que les hommes sur virtuellement tous les indicateurs de statut social et économique ; elles sont plus exposées au risque de pauvreté que les hommes. La majorité des travailleur-se-s à temps partiel sont des femmes, de même que ceux-celles qui disposent de contrats temporaires associés à une mauvaise ou à une inexistante couverture médicale.⁷⁷ Les femmes sont plus nombreuses que les hommes à travailler dans le secteur informel, y compris à la maison, et ne sont pas couvertes par une assurance-santé.

Souvent, la pauvreté va de pair avec de nombreux facteurs contribuant au mauvais état de santé, car elle prive les individus de la possibilité de satisfaire leurs besoins et leurs droits fondamentaux, à savoir se nourrir correctement, obtenir des médicaments pour des maladies curables, et accéder à une eau propre et au système sanitaire.⁷⁸ Dans certains États membres de l'UE, ces services de santé de base ne sont pas nécessairement couverts par les assurances de santé publique de base, sont de mauvaise qualité, et coûtent la plupart du temps extrêmement cher.⁷⁹

3. Accès des femmes à la santé et obstacles actuels

Les inégalités femmes-hommes existantes trouvent un écho dans la manière dont les femmes et les hommes accèdent à la santé ainsi que dans le type de services sanitaires fournis spécifiquement aux femmes et aux hommes. Divers rapports comparatifs publiés par l'UE et d'autres documents sur la santé concluent que les systèmes de santé ont un rôle crucial à jouer dans l'amélioration de l'état de santé de la population, en dans l'élimination des inégalités en matière de santé et dans la prévention des maladies.⁸⁰

L'accès à des services de santé de qualité est un déterminant important de la santé, et les différents obstacles rencontrés par les femmes dans l'accès à ces services les empêchent de jouir pleinement de leur droit fondamental à la santé. Ces freins à l'accès peuvent être liés à des facteurs présents dans le système de santé lui-même, notamment des lacunes dans la couverture santé de la population ; des prestations de santé publique à portée limitée, des coûts élevés, des facteurs géographiques tels que la distance ou le manque d'infrastructure, des facteurs organisationnels, comme des listes d'attente et des heures d'ouverture limitées, voire une information insuffisante ou inappropriée. Ils peuvent dépendre des caractéristiques de l'utilisateur-

⁷⁶ ILGA, *Lesbian and Bisexual Health Women's Report*, 2006.

⁷⁷ Huber, M. et al., *Quality in and Equality of Access to Healthcare Services*, 2008, Commission européenne, p. 66.

⁷⁸ Hogstedt, C. et al., *Health for all? A critical analysis of public health policies in eight European countries*, 2008, Stockholm, Sweden.

⁷⁹ C'est le cas des nouveaux États membres d'Europe centrale et orientale, comme la Hongrie, la Roumanie, la Bulgarie, et la République tchèque. Cf. Ziglio, E. et al., *Health Systems Confront Poverty*, Organisation mondiale de la santé, Bureau régional de l'Europe, 2002.

⁸⁰ Huber, M. et al., *Quality in and Equality of Access to Healthcare Services*, 2008, Commission européenne. Health Systems, *Euro Observe r - The Health Policy Bulletin of the European Observatory on Health Systems and Policies*, Vol. 8, No.2, 2006.



rice de service potentiel-le, soit du revenu, de l'éducation, de l'âge, de la langue, du handicap, de l'identité sexuelle, du bagage culturel et/ou du statut civil.⁸¹ Dans ces catégories, le genre joue un rôle non négligeable.

a. Inégalités entre les femmes et les hommes dans l'accès à la santé

Les femmes s'adressent aux services de santé, en particulier les soins de base, plus souvent que les hommes. Ceci s'explique principalement par le fait que la santé reproductive des femmes et la maternité nécessitent des soins particuliers, mais aussi parce qu'il va encore de soi aux yeux de la société qu'elles prennent en charge la santé des personnes dépendantes, qu'il s'agisse des enfants ou d'autres membres de la famille. Alors que les femmes sont plus nombreuses à solliciter les services de santé, ces derniers ne leur sont pas particulièrement favorables ou ne tiennent pas compte de leurs besoins. De plus, certaines pratiques et certains obstacles constituent une discrimination à l'encontre des femmes. Les études révèlent des inégalités entre les femmes et les hommes au niveau de l'accès aux médecins et aux traitements spécialisés.⁸² En outre, dans le corps médical, il n'est pas vraiment reconnu qu'une approche et des traitements différentiels, y compris au niveau de l'assistance psychosociale, constituent une discrimination indirecte envers les utilisatrices de ces services

Dans le même temps, les femmes constituent la majorité des salarié-e-s dans le secteur de la santé, en particulier parmi les aide-soignant-es-, les infirmier-e-s, et les médecins généralistes. Néanmoins, elles occupent les postes les moins bien payés et moins prestigieux (elles sont rarement médecins spécialistes).

b. Obstacles financiers

Des obstacles financiers empêchent plus particulièrement les femmes d'accéder à la santé et aux soins. Des réformes récentes des systèmes de santé dans les pays européens ont affaibli la couverture universelle de santé, et mené à un changement dans l'équilibre entre les contributions publiques et privées au coût de la santé. Cette situation nuit aux femmes en général, car elles accèdent moins facilement aux ressources et/ou à une assurance-santé privée. Selon la Commission européenne, « dans plusieurs pays de l'UE, parmi les lacunes dans la couverture santé, on trouve une couverture insuffisante des soins dentaires et ophtalmiques, ainsi qu'un accès restreint aux services spécialisés, ce qui implique souvent de passer d'abord par le filtre du médecin généraliste. »⁸³

c. Accès à la santé pour les femmes migrantes et réfugiées

Les barrières linguistiques et culturelles, ainsi que des restrictions légales limitent l'accès des femmes réfugiées et migrantes à la santé et aux soins. L'assurance-santé, par exemple, est généralement étroitement liée au statut en matière d'emploi, ce qui la rend inaccessible notamment pour les femmes réfugiées. Elle peut

⁸¹ Huber, M. et al., 2008.

⁸² 'Gender equity in use of treatment for cardiac heart disease' in Fernandes A. et al., *Health and Health Care in Portugal: Does gender Matter?*, 2009, pp. 57-71. *The Gender and Access to Health Services Study. Final Report*, Department of Health, UK, 2008, pp. 15-26.

⁸³ Huber, M. et al., *Soins de santé : qualité des services et égalité d'accès*, 2008, Commission européenne, p. 66 (NDLT : traduction libre).



également dépendre de l'état civil.⁸⁴ L'absence de permis de séjour indépendant pour les femmes migrantes, en particulier celles qui ont bénéficié de la procédure de regroupement familial, ou qui ont immigré dans le but de travailler pour un employeur particulier, engendre un facteur de dépendance, qui met les femmes migrantes dans une position vulnérable et leur barre l'accès aux soins de santé.

Il arrive que les ressortissantes de pays tiers se voient refuser l'accès aux foyers d'accueil pour femmes battues. Et lorsque ces foyers leur sont ouverts, bon nombre de femmes victimes de violence, que ce soit de la part de leur mari ou de leur employeur, n'osent pas s'enfuir car cela signifierait pour elles une perte de leur statut légal et de leur permis de séjour. Sans papiers, les femmes victimes de la violence se voient souvent refuser l'accès des foyers et, dans certains pays, le bénéfice des soins de santé en général. Même quand cela n'est pas strictement le cas, les femmes migrantes sans papiers hésitent souvent à s'adresser aux services de santé par crainte d'être expulsées.⁸⁵

d. Femmes en milieu rural

Dans plusieurs nouveaux États membres de l'UE tels que la Roumanie, la Hongrie ou la Bulgarie, la population rurale est en majorité composée de femmes, âgées. Elles n'accèdent que très difficilement aux services sanitaires et même à l'information en raison du manque d'infrastructures et de transports. Les femmes enceintes qui résident dans les régions reculées rencontrent des difficultés lorsqu'il s'agit de consulter un-e professionnel-le de la santé durant la grossesse ou pour l'accouchement. En Lituanie, un rapport récent révèle que les femmes et les filles qui vivent en milieu rural n'ont pas accès à la contraception et au planning familial, que l'éducation sexuelle n'est pas enseignée dans les écoles, que l'accès aux informations est difficile et que les méthodes contraceptives modernes sont très onéreuses.⁸⁶

4. La nécessité d'une approche double de mesures spécifiques en faveur des femmes *et de* l'intégration transversale de la dimension de genre dans les politiques de santé

Dans la majorité des États membres de l'UE, le caractère universel du droit à la santé et de l'accès aux soins de santé en fonction des besoins est consacré par la constitution un texte équivalent. À l'échelon européen, le Conseil a approuvé le caractère universel, l'accès aux soins de qualité, l'équité, et la solidarité comme des valeurs et principes communs à la base des systèmes de santé des États membres.

Le concept d'« universalité » suppose que personne ne se voie interdire l'accès aux soins de santé. La « solidarité » est liée à la structure financière des systèmes nationaux de santé, de manière à garantir un accès universel. L'« équité » implique un accès égal selon les besoins, indépendamment de l'origine ethnique, du

⁸⁴ Xuseyn, A., *Access to Health Services. Migrant Women's Experience*, présentation pendant le séminaire thématique du LEF sur la santé des femmes en Europe, janvier 2010, Dublin, Irlande. Alwiye Xuseyn est chargée des questions liées à la santé des femmes à AkiDwa, une organisation de femmes africaines en Irlande.

⁸⁵ Women against Violence Europe (WAVE), *Fempower Magazine* No. 4, 5, 6, 2002.

<http://www.wave-network.org/start.asp?ID=16>

⁸⁶ Informations supplémentaires sur la situation de la Lituanie, 41^{ème} session du Comité CEDAW, 2008, pp. 7-8.



genre, de l'âge, du statut social ou de la solvabilité.⁸⁷ En outre, la Charte européenne des droits fondamentaux garantit que « toute personne a le droit d'accéder à la prévention en matière de santé et de bénéficier de soins médicaux dans les conditions établies par les législations et pratiques nationales. »⁸⁸ Ces principes sont étayés par une obligation générale de *gender mainstreaming* inscrite dans le traité européen, et qui s'applique aussi au travail de tous-tes les responsables politiques nationaux-ales et européen-ne-s dans le domaine de la santé publique.⁸⁹

Les systèmes de santé devraient viser à réduire les inégalités, parmi lesquelles le genre est reconnu comme un déterminant.⁹⁰ Partant, il relève de la responsabilité à la fois sociale et juridique des responsables politiques concerné-e-s aux niveaux européen et national de tenir pleinement compte des expériences et des besoins des femmes lorsqu'ils-elles définissent les politiques publiques dans le secteur de la santé. Malheureusement, à l'heure actuelle, on est encore loin du compte.

a. Politiques et mesures spécifiques en faveur de la santé des femmes

Les services de santé devraient avoir pour objectif fondamental le bien-être des personnes. Or, bien que les femmes soient les premières utilisatrices de soins de santé, elles ne bénéficient pas de l'attention adéquate qui permettrait de satisfaire leurs besoins divers tout au long du cycle de vie, et de balayer les contraintes auxquelles elles doivent faire face au niveau de la protection de leur santé et de celle des personnes qui dépendent d'elles, ou encore de l'accès aux services disponibles.

Les femmes qui s'adressent aux services de santé demandent avant tout le respect, la confiance, le respect de la vie privée, la confidentialité et la non-discrimination. Ceci suppose l'élimination des préjugés sexistes et de la discrimination dans les services de santé, la garantie de la disponibilité de services tenant pleinement compte des situations et des besoins de toutes les femmes. Les politiques de santé doivent prendre en compte les besoins des différents groupes de femmes ainsi que le rôle social des femmes, qui demeurent les principales responsables de la prise en charge des enfants et des personnes dépendantes, tout en étant également de plus en plus actives sur le marché du travail.

Comme nous l'avons déjà montré, les politiques de santé publique, quel que soit le niveau concerné, doivent mieux répondre aux besoins spécifiques des femmes en termes de prévention, de tests médicamenteux, de traitement, de fourniture de services, etc. Il est important de conduire de toute urgence des recherches sur l'état de santé des femmes, leurs besoins, la prévention et le développement des maladies, tout en assurant un soutien et un financement adéquats. Les systèmes de santé doivent être en mesure de faire face à l'éventail élargi de problèmes sanitaires qui touchent les femmes, y compris, mais non exclusivement, la santé sexuelle et reproductive. En Europe, les services médicaux qui traitent les problèmes féminins, dont la santé reproductive et sexuelle, et plus particulièrement l'avortement, manquent souvent de personnel. Enfin, les prestataires de soins de santé du public comme du privé doivent suivre une formation adaptée pour agir

⁸⁷ Conseil de l'Union européenne, « Annexe : Valeurs et principes communs », *Conclusions du Conseil sur les valeurs et principes communs aux systèmes de santé de l'Union européenne* (2006/C 146/01). L'application de ces principes dans tous les États membres de l'UE est évaluée par le biais de la méthode ouverte de coordination.

⁸⁸ Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne, Art. 35, JOUE, 2000.

⁸⁹ Art 3(3) in TUE (ex. Art. 2 TCE). Art. 8 TFEUE (ex. Art. 3(3) TCE).

⁹⁰ Conseil de l'Union européenne, *Conclusions du Conseil sur les valeurs et principes communs aux systèmes de santé de l'Union européenne* (2006/C 146/01) et *Conclusions du Conseil sur la santé des femmes* (2006/C 146/02).



efficacement en cas de pratiques qui violent les droits et portent atteinte à la santé et/ou à l'intégrité des femmes et des filles, comme les mutilations génitales féminines.

b. Politique de santé au niveau de l'UE : l'absence d'une perspective de genre

La compétence principale en matière de santé dans l'Union européenne revient principalement aux États membres. L'UE jouit toutefois d'une compétence en matière de promotion de la santé et de prévention des maladies. Elle a également un rôle à jouer dans la coordination et le soutien aux États membres, dans le but de parvenir à « un niveau élevé de protection de la santé humaine. »⁹¹

La santé des femmes a été abordée au niveau européen dans le contexte des déterminants sociaux et économiques de la santé et de groupes d'âge spécifiques. En théorie, l'UE reconnaît que le genre, comme l'âge, l'éducation, le statut économique et l'état civil, est un déterminant essentiel de la santé et des soins de santé. La direction-générale de la Santé publique de la Commission européenne a publié divers rapports contenant des données sur la santé des femmes et leur accès aux soins.⁹² Toutefois, ces documents n'ont donné lieu à aucune action ni programme politiques concrets pour répondre aux besoins des femmes en matière de santé et les politiques européennes de santé publique ignorent toujours largement la dimension de genre.

Les politiques et activités européennes en matière de santé ne prennent en compte systématiquement ni les différences liées au sexe, ni celles liées au genre, ni une perspective générale de genre. Au contraire, ces questions sont abordées de manière sporadique, et en termes très généraux. En dépit de l'obligation inscrite dans le Traité d'intégrer une perspective d'égalité femmes-hommes dans toutes les activités de l'UE (*gender mainstreaming*), c'est rarement le cas dans les documents politiques de la Commission européenne, et encore moins dans les actions et programmes. La recherche sur la santé financée accorde particulièrement peu de ressources et d'attention aux questions d'égalité femmes-hommes et aux besoins des femmes. L'évaluation effectuée en 2010 par le Lobby européen des femmes des politiques européennes de santé publique dans son Rapport *Pékin-Bruxelles, un voyage inachevé* met en évidence le manque de sensibilité à la dimension de genre de plusieurs documents et politiques de santé publique de l'UE.⁹³

c. Intégration d'une dimension de genre dans les politiques de santé

Le *gender mainstreaming* est un outil visant à réaliser l'égalité entre les femmes et les hommes par le biais de la remise en question et de la transformation des institutions et des politiques, afin que celles-ci reflètent pleinement les besoins et les situations des femmes. C'est également une obligation pour l'Union européenne et ses pays membres inscrite dans le Traité. En intégrant une dimension de genre dans les politiques de santé publique, on cherche à garantir que les femmes et les hommes accèdent sur un pied d'égalité aux ressources dont ils-elles ont besoin pour réaliser leur potentiel en matière de santé.⁹⁴ Ces ressources doivent englober des soins médicaux appropriés de haute qualité ainsi que d'autres biens sociaux, économiques et culturels qui sont nécessaires à la durabilité de leur bien-être. Les politiques de santé publique doivent être sensibles au

⁹¹ Art. 168 TFUE.

⁹² Thummler, K. et al., *Data and Information on Women's Health in the European Union*, 2010 ; European Institute of Women's Health, *Women's Health in Europe. Facts and Figures across the European Union*, 2006.

⁹³ Lobby européen des femmes, « Femmes et santé », in *Pékin- Bruxelles, un voyage inachevé*, 2010.

⁹⁴ Doyal, L., *Gender Equity in Health: debates and dilemmas*, 2000.



genre dans leur conception, leur délivrance et leur évaluation. Ceci doit aller de pair avec des objectifs qui seront transposés en indicateurs et développés plus avant.

Au cours des dernières années, les preuves des différences au niveau de l'état de santé entre les femmes et les hommes, à la fois en termes généraux et comparatifs entre les États membres de l'UE, se sont accumulées et ont été communiquées aux responsables politiques de l'UE.⁹⁵ Nonobstant, ce savoir et les recommandations qui en découlent se sont rarement traduits par des politiques de santé publique efficaces ou des projets et programmes adéquatement financés pour remédier aux inégalités femmes-hommes existantes, à la discrimination et aux obstacles auxquels les femmes sont constamment confrontées. Peu de pays ont correctement intégré le genre en tant que déterminant de la santé dans leurs politiques de santé publique (exception faite du Danemark, de l'Allemagne, de la Suède et du Royaume-Uni) ; rares sont les instituts de recherche spécialisés financés et soutenus pour collecter, produire et distribuer des informations en rapport avec la santé des femmes et la dimension de genre tant que déterminant de la santé, comme c'est le cas de la Suède et de l'Espagne.⁹⁶

En termes de financement, l'ensemble des 27 États membres allouent une proportion du PIB, allant de 5 % pour la Pologne, la République tchèque, la Hongrie et la Slovaquie, à plus de 8 % pour le Danemark, l'Allemagne et la France, aux dépenses publiques de santé.⁹⁷ L'âge et le genre jouent un rôle significatif lorsque l'on se penche sur la répartition des dépenses consacrées aux soins de santé. Ces dernières pour les femmes et les hommes de plus de 54 ou 60 ans sont beaucoup plus élevées que les sommes réservées aux tranches d'âge inférieures. Les femmes entre 25 et 40 ou 45 ans (la période-clé de fécondité) bénéficient de sommes plus importantes que les hommes dans la même tranche d'âge. Toutefois, dans l'ensemble, les femmes bénéficient d'une part des soins de santé inférieure à celle des hommes.⁹⁸ Ceci démontre clairement et sans équivoque comment les fonds sont dépensés dans les États membres pour remédier aux problèmes de santé spécifiques au genre et influencés par le genre. La solution viendra de la mise en œuvre de méthodes de budgétisation sensible au genre dans toutes les politiques ayant un rapport avec la santé.

RECOMMANDATIONS DU LEF

Une approche sur plusieurs fronts, dans différents secteurs et à divers niveaux, s'impose pour l'intégration des besoins et perspectives des femmes, y compris la recherche médicale, la collecte de données, les tests médicamenteux, la formation des professionnel-le-s médicaux-ales et du personnel soignant à tous les niveaux et dans tous les secteurs, des mesures en termes budgétaires et des allocations au secteur de la santé, la réforme des systèmes de santé, la délivrance de services sensibles à la dimension d'égalité femmes-hommes et la mise en œuvre de la budgétisation sensible au genre dans le financement des politiques de santé.

⁹⁵ Thummler, K. et al., 2010; European Institute of Women's Health, 2006; Mladovsky, P. et al., 2009; Zatoński, W. et al., *Closing the health gap in European Union*, 2008.

⁹⁶ Centre de médecine générale de l'Institut Karolinska, Stockholm, Suède ; et l'Observatoire de la santé des femmes, Madrid, Espagne.

⁹⁷ Indicateurs de santé de la santé européenne, DG SANCO, basés sur les indicateurs de santé de l'OCDE, 2009.

⁹⁸ Graphique 65 : 'Age-related expenditure profiles of health care provisions', Commission européenne et Comité de politique économique, Rapport 2009 sur le vieillissement démographique, pp. 111-112.



L'Union européenne et les États membres doivent :

- Veiller à intégrer une perspective d'égalité femmes-hommes dans tous les aspects des politiques, des programmes et de la recherche en matière de santé, depuis leur mise au point et leur conception jusqu'à l'évaluation d'impact et la budgétisation.
- Introduire et mettre en pratique la budgétisation sensible au genre dans les politiques de santé publique, à tous les niveaux.
- Procéder à des évaluations d'impact sur le genre des changements récents induits par les réformes des systèmes de santé, en particulier pour ce qui concerne le financement et les services de soin.
- Augmenter la participation de toutes les femmes dans le développement des politiques, la planification des programmes et la fourniture de services dans le domaine de la santé par le biais de programmes d'actions positives qui reconnaissent le rôle des femmes en tant que prestataires de soins de santé rémunérées et non rémunérées et comme utilisatrices des services.
- Soutenir la recherche sanitaire axée sur la santé des femmes et leurs besoins en matière de santé, y compris en créant des programmes, des organismes et des instituts spécifiques. Faire en sorte que les résultats de ces recherches soient largement disséminés, en particulier auprès des responsables politiques chargés de la santé, des praticien-ne-s et du personnel sanitaires.
- Faire le point sur les besoins des femmes en matière de santé ; développer des politiques de santé publique en fonction de ces besoins et exigences.
- Promouvoir et rendre obligatoire la collecte de données comparables et ventilées par sexe au niveau national et de l'UE.
- Reconnaître la violence masculine envers les femmes en tant que problème de santé publique, quelle que soit la forme qu'elle revête.
- Promouvoir la participation des femmes en tant qu'utilisatrices des services de santé et que groupes de consommatrices comme élément clé de l'intégration de la dimension de genre dans tous les aspects des politiques de santé et de recherche.
- Soutenir la société civile et les organisations de femmes qui promeuvent les droits humains des femmes, y compris leurs droits reproductifs et sexuels, et qui travaillent pour faire entendre la voix des femmes dans les politiques de santé nationales et européennes.
- Octroyer un statut juridique indépendant aux femmes migrantes dans l'année qui suit leur arrivée.
- Prendre des mesures pour que toutes les femmes puissent accéder aux soins de santé, indépendamment du statut juridique, du handicap, de l'orientation sexuelle, de la race ou de l'origine ethnique, de l'âge ou de la religion.

L'Union européenne doit :

- Soutenir la recherche sur la santé centrée sur la santé des femmes et leurs besoins spécifiques en la matière, notamment dans le cadre des programmes-cadres de recherche de l'UE, et inclure l'égalité femmes-hommes parmi les critères de financement de tous les travaux de recherche européens.
- Veiller à ce que tous les projets de recherche que finance l'UE incluent un équilibre entre les femmes et les hommes parmi les chercheur-se-s, et intègrent complètement une approche de genre.
- Promouvoir la recherche pluridisciplinaire sur les déterminants socio-économiques de la santé tout au long du cycle de vie féminin.



- Promouvoir la santé et les droits reproductifs et sexuels, y compris un avortement sûr, dans l'Union européenne et au-delà.
- Adopter une position forte en faveur des droits humains des femmes, notamment en dénonçant la stérilisation forcée des femmes, en particulier pour les femmes handicapées ou roms, ainsi que les mutilations génitales féminines.

Les États membres de l'Union européenne doivent :

- Mettre fin aux diminutions actuelles des dépenses publiques destinées aux services qui jouent un rôle-pivot dans la réalisation d'un haut niveau de protection de la santé pour les femmes et les hommes, et augmenter ces dépenses.
- Examiner, interdire et engager des poursuites contre la discrimination directe et indirecte envers les femmes dans l'accès à la santé et les services sanitaires. Les autorités publiques spécialisées dans la lutte contre la discrimination et la protection des droits humains doivent prendre les mesures nécessaires afin de prévenir toute discrimination supplémentaire envers les femmes au niveau de l'accès aux soins et aux services de santé. Les femmes doivent être informées afin d'être capable de dénoncer cette discrimination et de surmonter ce type d'expérience.
- Prévenir, interdire et engager des poursuites en cas de stérilisation forcée des femmes, notamment dans le cas de femmes handicapées ou roms.
- Prévenir, interdire et engager des poursuites contre les mutilations génitales féminines et fournir des services de santé spécialisés aux femmes victimes de ces mutilations.
- Éradiquer la discrimination à l'encontre des femmes basée sur l'état civil, l'âge et l'orientation sexuelle au niveau de l'accès aux techniques de procréation assistée.
- Faire en sorte que les services de santé qui s'adressent aux femmes ou développés plus particulièrement à leur intention soient couverts dans le cadre des services de santé publique et accessibles par le biais des assurances-santé publiques.
- Mettre davantage l'accent sur la prévention, y compris la prévention des maladies typiquement féminines dans les politiques de santé publique.
- Rendre largement accessible et améliorer les soins spéciaux pré- et post-nataux pour toutes les femmes ; accorder plus d'attention aux traumatismes psychologiques et aux autres problèmes liés à l'accouchement.
- Identifier et évaluer les résultats des bons modèles en matière de santé mentale qui intègrent à la fois les soins liés à la maternité et des services de santé mentale pour les femmes.
- Mettre en œuvre des recherches sur les expériences des femmes en matière d'accouchement et leur lien avec le développement de problèmes de santé mentale.
- Mettre en œuvre la cible mise en avant par le Parlement européen de 100 % de dépistage pour le cancer du sein et du col de l'utérus.⁹⁹
- Reconnaître et garantir la santé et les droits reproductifs et sexuels, y compris un avortement sûr, et assurer un accès universel et gratuit à des méthodes de contraception modernes sûres et efficaces pour toutes les femmes.

⁹⁹ Parlement européen, *Avis de la Commission des droits de la femme et de l'égalité des genres sur la communication de la Commission européenne intitulée « Lutte contre le cancer : Un partenariat européen », 2009/2103(INI), février 2010, 1&9.*



EUROPEAN WOMEN'S
LOBBY
EUROPEEN DES FEMMES

PRISE DE POSITION

- Développer de nouvelles méthodes pour prévenir les maladies sexuellement transmissibles y compris l'accès libre au dépistage du VIH-SIDA et au traitement médical initial et augmenter considérablement le financement pour la recherche, l'accès à, l'achat et la distribution de préservatifs féminins efficaces
- Développer et soutenir financièrement les programmes d'éducation à la santé et aux droits reproductifs et sexuels, y compris l'information sur la contraception à l'école. Assurer un accès libre et gratuit universel à l'information et à l'éducation à la santé reproductive et sexuelle, axées sur les différents besoins des femmes et des hommes, ainsi qu'en fonction des différentes tranches d'âge.
- Consacrer davantage de temps et de recherche à la discrimination envers les lesbiennes et les femmes trans, ainsi qu'à leurs besoins spécifiques en matière de santé.