

La santé des femmes

Etat des lieux et pistes pour l'avenir

Une étude réalisée par les Femmes Prévoyantes Socialistes, sa Fédération de Centres de Planning Familial et Solidaris - Mutualité Socialiste



La Mutualité Socialiste



La santé des femmes

Etat des lieux et pistes pour l'avenir

Une étude des Femmes Prévoyantes Socialistes, en collaboration avec la Fédération des Centres de Planning Familial des FPS et Solidaris - Mutualité Socialiste

Coordination de l'étude

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

Contributeurs

Delphine Ancel, Direction Marketing de Solidaris – Mutualité Socialiste
Dr. Michel Boutsen, Direction Etudes de Solidaris – Mutualité Socialiste
Laura Dufey, Fédération des Centres de Planning Familial des FPS
Dr. Valérie Fabri, Direction Médicale de Solidaris – Mutualité Socialiste
Sarah Hibo, Service Etudes des FPS
Julia Laot, Fédération des Centres de Planning Familial des FPS
Leila Maron, Direction Etudes de Solidaris – Mutualité Socialiste
Sophia Mesbahi, Fédération des Centres de Planning Familial des FPS

Editrice responsable

Dominique Plasman
Place Saint-Jean, 1-2
1000 Bruxelles

Table des matières

Introduction.....	7
Chapitre I - Evolution générale de l'accès aux soins et de l'état de santé	9
I. Indicateurs socio-économiques	9
II. Indicateurs de l'état de santé	11
III. Indicateurs de l'accès aux soins	12
Chapitre II – Le report de soins	15
I. Etat des lieux	15
II. Les femmes et les familles monoparentales, premières impactées par le renoncement ou le report de soins de santé et de médicaments prescrits, suite à des difficultés financières	17
III. Recommandations	21
Chapitre III - Focus sur la monoparentalité.....	22
I. Les familles monoparentales en chiffres.....	23
A. Profil socio-économique	26
B. Etat de santé	31
II. Derrière les chiffres, qui sont les ménages monoparentaux ?	33
III. Recommandations	36
Chapitre IV - La contraception	39
I. Etat des lieux sur base des données de Solidaris – Mutualité Socialiste	39
A. Evaluation de la mesure contraception-jeunes et recommandations de l'Agence Intermutualiste 40	
B. La couverture contraceptive orale après 2007	41
II. Influence des conditions socio-économiques sur le parcours contraceptif	44
A. La contraception aujourd'hui en Belgique	44
B. Méthodologie	45
C. Analyse des entretiens et vérification des hypothèses	49
D. Conclusion.....	51
III. Recommandations	52
Chapitre V – L'interruption volontaire de grossesse	53
I. L'avortement en Belgique, état des lieux	53
II. Recommandations	55

Chapitre VI - Dépistage des cancers du sein et de l'utérus.....	56
I. Programme national de dépistage du cancer du sein : bilan après 10 ans de dépistage organisé .	56
II. Le dépistage du cancer du col de l'utérus : Evolution de la participation	60
III. Recommandations	63
Chapitre VII - Evolution de la consommation d'antidépresseurs.....	64
I. Une femme sur sept s'est vue délivrée au moins une boîte d'antidépresseurs	65
II. La proportion de femmes sous antidépresseurs augmente avec l'âge	66
III. La proportion de femmes sous traitement est stable depuis 2007 mais la durée du traitement augmente	66
IV. Recommandations	67
Constats et recommandations	68

Introduction

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

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

Rappelons qu'en Belgique, 15,3% de la population vit en dessous du seuil de pauvreté (qui s'élève à 1000€/mois pour une personne isolée et à 2100€/mois pour un ménage composé de 2 adultes et de 2 enfants). Mais les écarts régionaux sont importants : 9,8% en Région flamande, 34% à Bruxelles et 19,2% en Région wallonne. En d'autres termes, près d'un Wallon sur cinq est en situation de pauvreté (et la situation est encore plus grave à Bruxelles où une personne sur trois vit sous le seuil de pauvreté).¹

Or, les récentes études sur la pauvreté et la précarité mettent en évidence la fragilité de certaines catégories sociodémographiques, notamment les ménages monoparentaux (dont la majorité ont une femme à leur tête). Il faut dire que la pauvreté a souvent un visage féminin. La situation professionnelle (inégalités sur le marché du travail, emplois à temps partiel, carrières interrompues...), la situation familiale (ménage monoparental...) ou encore l'âge expliquent en partie ce constat.

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

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

¹ Dans la présente étude, sur base des données dont dispose Solidaris – Mutualité Socialiste, nous nous centrerons sur la Région wallonne. Au vu du cumul de facteurs de précarité en Région de Bruxelles-Capitale, nous ne pouvons que recommander qu'une étude similaire soit réalisée sur cette région.

L'objectif de la présente étude est donc de brosser un portrait de la situation des femmes par rapport à divers aspects de la santé. Dans un contexte de crise économique et sociale, nous souhaitons également observer si la précarité a augmenté ces dernières années et/ou de quelle manière elle affecte les femmes. Nous ferons dès lors le point sur la consommation et l'accès des femmes aux soins de santé : les femmes se considèrent-elles en bonne santé ? Comment l'accès aux soins de santé, les inégalités de santé impactent-elles les femmes ? La consommation et l'accès aux soins de santé montrent-ils une augmentation de la précarité ? La consommation de soins a-t-elle diminué avec la crise ? Les femmes sont-elles davantage touchées ?

Pour mesurer les évolutions en matière d'accès des femmes à la santé, nous avons retenu cinq thèmes d'analyse, dans des domaines qui impactent fortement les femmes et pour lesquels nous disposons de données : le report/renoncement de soins, la contraception, l'avortement, les dépistages des cancers du sein et de l'utérus et la consommation d'antidépresseurs. Nous consacrerons également une partie de cette étude aux ménages monoparentaux. En effet, dans le cadre d'une analyse de l'accès à la santé dans une perspective socio-économique, cette réalité nous apparaissait comme incontournable au vu du cumul des difficultés que peuvent rencontrer ces ménages.

Sur base de l'étude de ces différentes thématiques, nous dégagerons des recommandations pour un meilleur accès des femmes à la santé.

Chapitre I - Evolution générale de l'accès aux soins et de l'état de santé

Par Leïla Maron et Dr. Michel Boutsen,
Direction Etudes de Solidaris - Mutualité Socialiste

Afin d'avoir une vue d'ensemble de l'évolution de l'accès aux soins de santé et l'état de santé des affiliés de Solidaris - Mutualité Socialiste, nous avons analysé l'évolution de plusieurs indicateurs de 2008 à 2012. Les trois premiers indicateurs sélectionnés sont l'intervention majorée, le revenu d'intégration sociale et le revenu garanti pour personnes âgées. Ils donnent des informations sur le niveau socio-économique des affiliés. L'état de santé sera mesuré par l'incapacité de travail (primaire et invalidité) et les maladies chroniques, tandis que l'accès aux soins de santé sera observé via la couverture par un dossier médical global et le recours au tiers payant social.

I. Indicateurs socio-économiques

Tableau 1 - Proportion d'affiliés (en %) bénéficiant de l'intervention majorée (BIM- ancien OMNIO), du revenu d'intégration social (RIS) ou de la garantie de revenus pour personnes âgées (GRAPA)

	2008		2009		2010		2011		2012		Croissance 2008-2012	
	Fê	Hô	Fê	Hô	Fê	Hô	Fê	Hô	Fê	Hô	Fê	Hô
BIM-OMNIO	21,2	16,2	22,0	17,0	23,8	18,7	25,2	20,1	25,9	20,8	22,0	29,0
RIS	3,6	3,1	3,8	3,3	3,9	3,6	4,0	3,7	3,9	3,7	9,0	18,0
GRAPA	7,0	4,3	7,0	4,4	7,2	4,6	7,5	4,8	7,8	5,0	11,4	18,1

Source : Solidaris – Mutualité Socialiste (données 2012)

L'intervention majorée

L'indicateur BIM-OMNIO² mesure le pourcentage d'affiliés bénéficiant d'un taux préférentiel (intervention majorée sur les soins de santé, c'est-à-dire des tickets modérateurs réduits sur les prestations médicales et paramédicales, les frais d'hospitalisation et les médicaments) au 31 décembre de chaque année.

En 2008, 21,2% des femmes bénéficient de l'intervention majorée contre 16,2% chez les hommes. En 2012, ces pourcentages sont de respectivement 25,9% et 20,8%. Quelle que soit l'année, les femmes sont proportionnellement plus nombreuses à bénéficier de l'intervention majorée. Ceci peut être mis en rapport avec un risque de pauvreté plus important pour les femmes (16,0%) que pour les hommes (14,6%)³. Les femmes sont ainsi systématiquement plus représentées que les hommes et cet écart se creuse avec l'âge (voir graphique 1). En d'autres mots, on compte proportionnellement plus de femmes BIM que d'hommes BIM, et ceci est d'autant plus vrai parmi les personnes âgées.

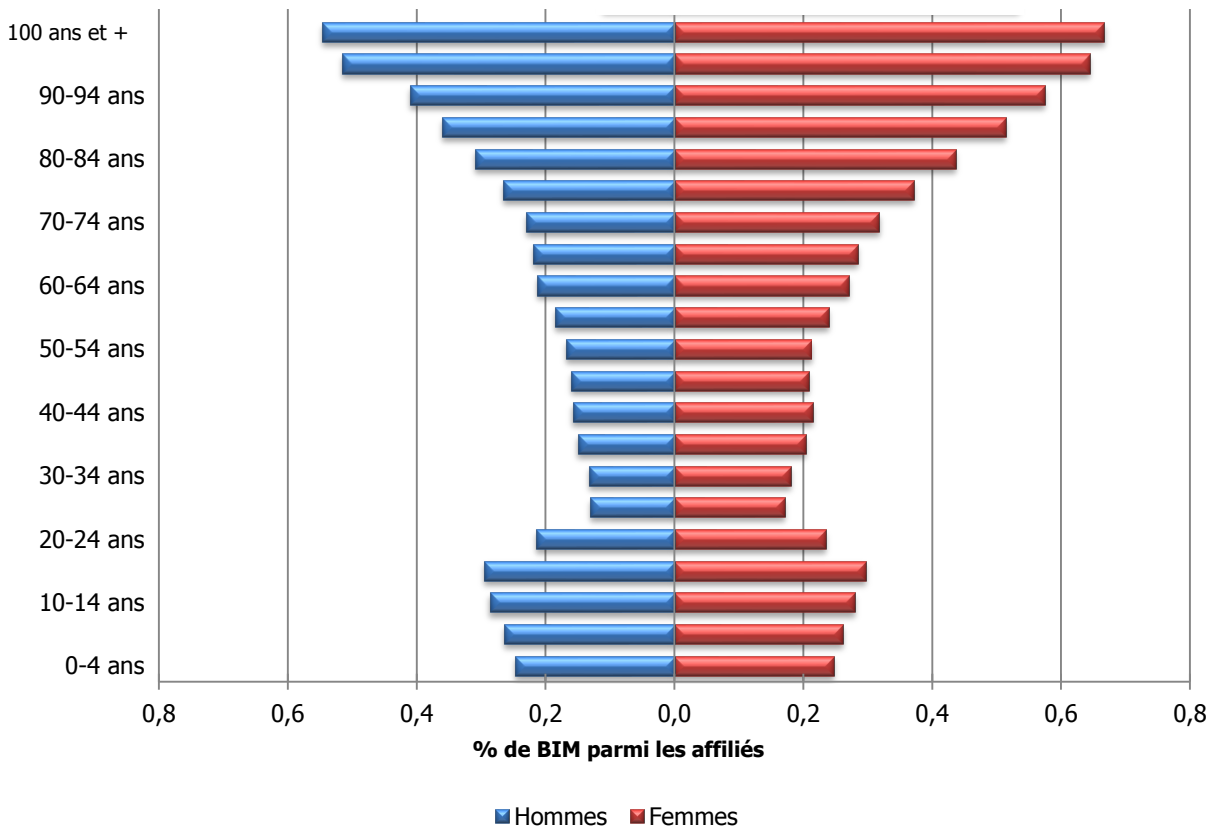
² C'est-à-dire, de l'intervention majorée, soit le statut BIM (Bénéficiaire de l'Intervention Majorée), l'ancien statut OMNIO ou encore les anciens Vipo. Elle accorde un meilleur remboursement des soins de santé à certaines catégories de personnes (principalement les personnes à faibles revenus, les bénéficiaires du CPAS ou de la garantie de revenu aux personnes âgées)

³ Données 2011, <http://statbel.fgov.be/fr/statistiques/chiffres/travailvie/eu-silc/pauvrete/> .

Sur la période 2008-2012, l'écart femmes-hommes est resté le même et est de 5 points de pourcentage environ. La hausse de la proportion de BIM est semblable sur la période quel que soit le sexe (+22% chez les femmes et +29% chez les hommes).

Notons également que des changements règlementaires ont eu lieu sur la période. Le statut BIM est élargi aux familles monoparentales et aux chômeurs de longue durée (1 an) sans condition d'âge (suppression de l'âge minimum de 50 ans) depuis le 1^{er} juillet 2010 et aux bénéficiaires du fond mazout (catégories 2 et 3) depuis le 1^{er} juillet 2011. L'augmentation observée entre 2008 et 2012 n'est donc pas à attribuer à une augmentation de la précarité⁴ mais est donc liée, en partie, à l'élargissement de la base des personnes pouvant prétendre au BIM.

Graphique 1 - Pourcentage de BIM parmi les affiliés par structure d'âge



Source : Solidaris – Mutualité Socialiste (données 2012)

Revenu d'intégration sociale

Le deuxième indicateur retenu est le pourcentage d'affiliés de plus de 18 ans bénéficiant d'un revenu d'intégration sociale (RIS) à la date du 31 décembre.

En 2008, 3,6% des femmes bénéficient d'un RIS contre 3,1% d'hommes. En 2012, ces pourcentages valent respectivement 3,9% et 3,7%. Sur la période, la proportion de personnes bénéficiant du RIS a

⁴ On observe pas d'augmentation du taux de risque de pauvreté sur la période <http://bestat.economie.fgov.be/BeStat/BeStatMultidimensionalAnalysis?loadDefaultId=60>

augmenté. Le taux de croissance observé est plus élevé parmi les hommes (+18,0% contre +9,0% chez les femmes).

Revenu garanti pour personnes âgées

L'indicateur « GRAPA » nous permet d'observer le pourcentage d'affiliés bénéficiant d'une garantie de revenu pour personnes âgées (GRAPA et ancien revenu garanti pour personnes âgées) au 31 décembre.

En 2008, 7% des femmes âgées de 65 ans et plus bénéficient d'une garantie de revenus pour personnes âgées, contre 4,3% des hommes. En 2012, ces pourcentages sont respectivement de 7,8% et 5%. Si la hausse (en points de pourcentage) observée sur la période est semblable quel que soit le sexe, ce sont à nouveau les femmes qui en bénéficient proportionnellement davantage.

II. Indicateurs de l'état de santé

Tableau 2 - Proportion d'affiliés (en %) en incapacité de travail primaire, en invalidité ou malades chroniques

	2008		2009		2010		2011		2012		Croissance 2008-2012	
	Fê	Hô	Fê	Hô	Fê	Hô	Fê	Hô	Fê	Hô	Fê	Hô
Incapacité de travail primaire	9,3	8,8	9,3	8,5	9,5	8,6	9,8	8,9	9,7	8,7	4,3	-1,6
Invalidité	5,1	5,5	5,3	5,5	5,8	5,7	6,1	5,8	6,6	6,0	28,8	9,3
Malades chroniques	5,1	4,3	5,1	4,4	5,1	4,4	5,0	4,4	5,1	4,5	0,0	4,7

Source : Solidaris – Mutualité Socialiste (données 2012)

Incapacité de travail

Pour mesurer l'incapacité de travail nous avons tout d'abord sélectionné le pourcentage d'affiliés ayant bénéficié d'une incapacité de travail primaire (hors congé de maternité et de paternité) au moins un jour sur l'année de référence (à la date du 31 décembre, de 2008 à 2012).

En 2008, 9,3% des femmes et 8,8% des hommes en ont bénéficié. Si l'évolution est très faible sur la période analysée, on constate une légère hausse chez les femmes (4,3%) alors que le pourcentage diminue légèrement chez les hommes (1,6%). L'écart entre les hommes et les femmes a donc tendance à se creuser.

Le second indicateur d'incapacité de travail est le pourcentage d'affiliés ayant bénéficié d'une invalidité (incapacité de travail supérieure à un an) au moins un jour sur l'année de référence.

En 2008, 5,1% des femmes et 5,5% des hommes ont bénéficié d'une invalidité. Les évolutions observées sur la période diffèrent selon le sexe : en 2012, 6,6% des femmes bénéficient d'une invalidité contre 5,8% des hommes. On constate donc une plus forte hausse (+28,8%) de l'invalidité parmi les femmes que chez les hommes (+9,3%). Ceci s'explique notamment par une augmentation de la participation des femmes au marché du travail à partir de cette période⁵, le relèvement de l'âge de la pension chez les

⁵ Cette augmentation de l'invalidité couplée à la diminution du chômage peut aller de pair avec une activation plus importante des chômeuses. Les chômeuses en mauvaise santé contraintes de se remettre en emploi ont peut-être pu bénéficier de l'invalidité.

femmes⁶ (plus de femmes ont un risque d'entrer en invalidité et d'y rester plus longtemps) ainsi que par le vieillissement de la population (de plus en plus de personnes se situent dans des catégories d'âge plus avancées où le risque d'invalidité est plus grand).

Malades chroniques

Via l'indicateur « malades chroniques », nous constatons qu'en 2008, 5,1% des femmes souffrent de maladies chroniques et ce pourcentage s'élève à 4,3% chez les hommes. Il y a peu d'évolution sur la période et l'écart entre les sexes reste stable.

III. Indicateurs de l'accès aux soins

Tableau 3 - Taux de couverture du Dossier Médical Global (DMG), du DMG parmi les malades chroniques et application du tiers payant social (TPS)

	2009		2010		2011		2012		Croissance 2008-2012	
	Fê	Hô	Fê	Hô	Fê	Hô	Fê	Hô	Fê	Hô
DMG	51,0	45,0	54,0	47,0	57,0	50,0	57,0	50,0	11,8	11,1
DMG parmi les malades chroniques	70,0	62,0	71,0	63,0	74,0	67,0	74,0	67,0	5,7	8,1
TPS	12,0	11,0	13,0	12,0	14,0	13,0	14,0	13,0	16,7	18,2

Source : Solidaris – Mutualité Socialiste (données 2012)

Dossier Médical Global

L'ouverture d'un dossier médical global (DMG) donne notamment droit à une réduction de 30% sur les tickets modérateurs des consultations du médecin généraliste⁷. L'ouverture d'un DMG est aussi une condition pour l'accès aux trajets de soins pour les patients diabétiques ou insuffisants rénaux. Le DMG représente donc un dispositif renforçant l'accessibilité aux soins de santé

En 2008, 51% des femmes ont ouvert un DMG contre 45% des hommes. En 2012, 57% des femmes en bénéficient pour 50% d'hommes. L'augmentation des taux de couverture est semblable sur la période quel que soit le sexe. La hausse observée en 2011 s'explique en partie par l'avantage lié à l'assurance Complémentaire Soins Ambulatoires (CSA) en Wallonie depuis le 1^{er} janvier 2011. En effet, depuis cette date, Solidaris - Mutualité Socialiste offre le remboursement du ticket modérateur pour un ensemble de prestations à ses affiliés ayant ouvert un DMG auprès de leur médecin généraliste.

En 2008, parmi les malades chroniques, 70% des femmes possédaient un DMG contre 62% des hommes. Ces pourcentages sont respectivement de 74% et 67% en 2012. L'augmentation des taux de couverture est légèrement plus élevée parmi les hommes (+8,1% contre +5,7% parmi les femmes).

⁶ Auparavant, l'âge de la pension pour les femmes était fixé à 60 ans. Depuis 1997, il a été relevé d'un an tous les 3 ans, de sorte qu'à partir de 2009, l'âge de la pension des femmes est égal à celui des hommes.

⁷ Pour les visites, la réduction vaut uniquement pour les 75 ans et plus, les bénéficiaires du forfait malades chroniques et du forfait soins palliatifs à domicile. Le DMG donne également droit au remboursement du supplément de 3 € pour le médecin généraliste de permanence dans son cabinet après 18h00.

Tiers Payant Social

Aujourd'hui, la consultation chez le médecin généraliste (MG) coûte 24,48 €. Grâce au tiers payant social (TPS), le patient ne doit avancer que l'argent de son ticket modérateur (soit, pour un patient avec Dossier Médical Global, 4 € s'il est bénéficiaire ordinaire et 1 € s'il bénéficie de l'intervention majorée). Ce dispositif est applicable à certaines catégories de la population : les BIM et anciens OMNIO, les chômeurs de longue durée (au moins 6 mois), les bénéficiaires du revenu garanti, les bénéficiaires d'allocations familiales majorées ainsi que les personnes en situation occasionnelle de détresse financière. Dans une récente étude⁸, Solidaris - Mutualité Socialiste a mis en évidence l'importance du TPS comme outil d'accessibilité à la première ligne de soins.

En 2008, 12% des femmes et 11% des hommes ont eu au moins une de leurs consultations facturée en tiers payant social. Ces pourcentages sont respectivement de 14% et 13% pour l'année 2012. L'évolution sur la période est linéaire et semblable quel que soit le sexe.

IV. Augmentation de la précarité ?

Au travers de l'ensemble des indicateurs choisis, nous pouvons constater que les femmes sont en moins bonne position que les hommes que ce soit en termes socio-économique, d'état de santé ou d'accès aux soins (avec peu d'écart toutefois pour le revenu d'intégration sociale et le tiers payant social).

De manière générale, entre 2008 et 2012, les bénéficiaires des diverses mesures sociales choisies comme indicateurs augmentent mais la croissance et son ampleur diffèrent selon le sexe.

La situation socio-économique des femmes reste toujours moins bonne que celle des hommes. Cependant, quel que soit l'indicateur (BIM-OMNIO, RIS, GRAPA), on n'observe pas d'augmentation de l'écart entre les femmes et les hommes sur la période 2008-2012, voire même une légère réduction de cet écart (graphique 1).

Au niveau de l'état de santé, les indicateurs analysés (incapacité de travail primaire, invalidité et maladies chroniques) montrent un moins bon état de santé chez les femmes et une forte augmentation de la proportion de femmes étant en incapacité de travail -primaire et invalidité confondues- (graphique 1).

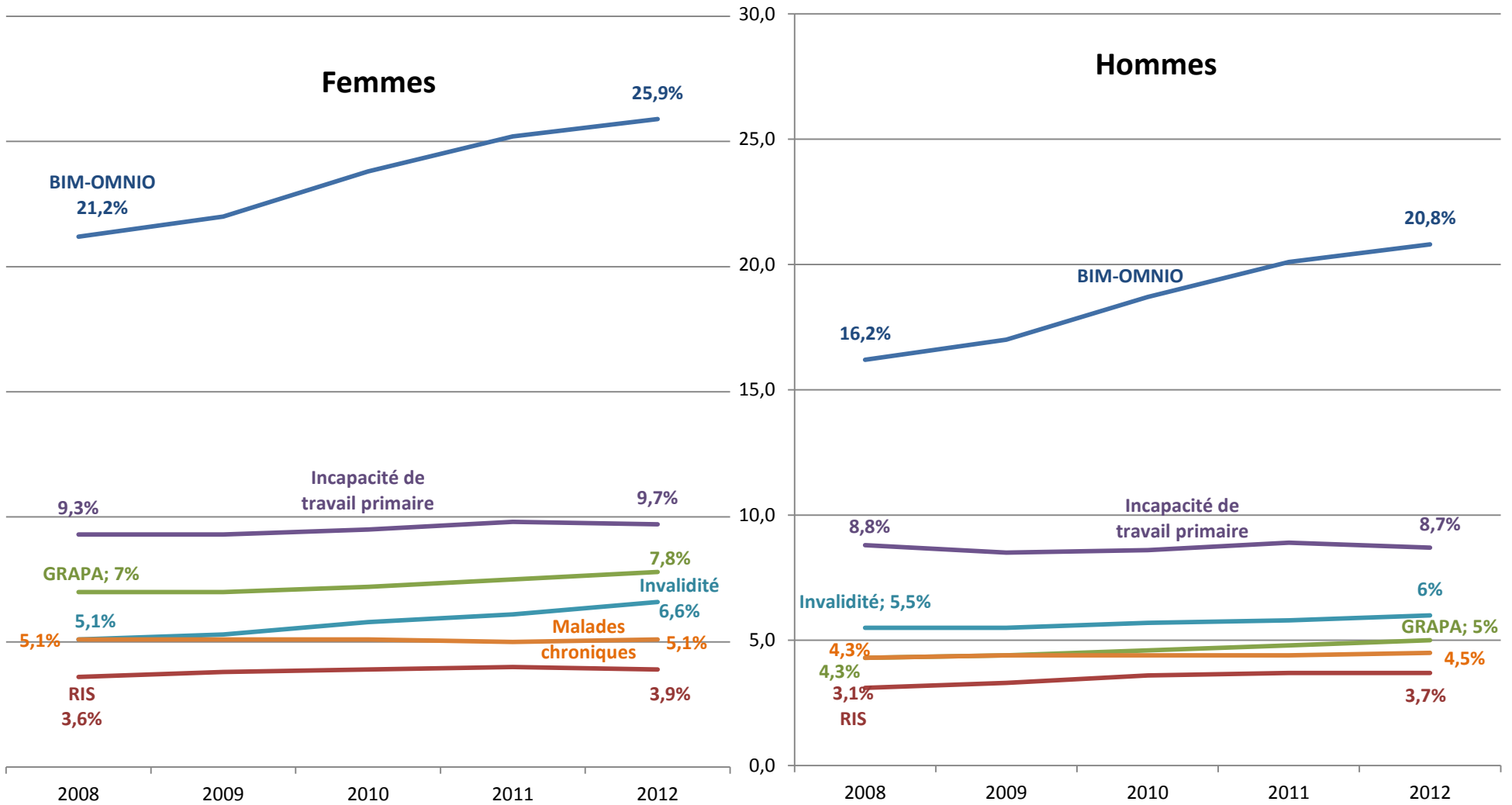
Précisons toutefois que si l'incapacité de travail primaire et l'invalidité touchent de plus en plus de femmes, cela s'explique notamment, comme nous l'avons précisé plus haut, par l'augmentation de la participation des femmes au marché du travail et par le relèvement de l'âge de la pension au cours de la période étudiée. En effet, l'augmentation du nombre de femmes sur le marché de l'emploi et le fait qu'elles y restent plus longtemps a élevé la base de personnes susceptibles de se retrouver en invalidité.

Le recours aux dispositifs favorisant l'accès aux soins tels que le tiers payant social et le taux de couverture par un dossier médical global augmentent et ce, pour les deux sexes. Les femmes restent d'ailleurs proportionnellement plus nombreuses à se voir appliquer le tiers payant social lors d'une prestation de soins et sont davantage couvertes par un DMG. Les écarts entre femmes et hommes sont relativement stables sur la période.

Le risque de précarité est plus grand chez les femmes et il a tendance à augmenter sur la période analysée.

⁸ Laasman, Maron et Vrancken, avril 2012, « Le Tiers Payant Social : Pour quel accès aux soins », Etude UNMS, 18 p.

Graphique 1 - Proportion d'affiliés (en %) bénéficiant de l'intervention majorée (BIM et ancien OMNIO), du revenu d'intégration social (RIS), de garantie de revenus pour personnes âgées (GRAPA) en incapacité de travail primaire, en invalidité et de malades chroniques. Evolution selon le sexe.



Chapitre II – Le report de soins

I. Etat des lieux

Par Leila Maron, Direction Etudes de Solidaris - Mutualité Socialiste

Le système de sécurité sociale belge est considéré comme l'un des meilleurs au monde et globalement performant. Pratiquement toute la population (99%)⁹ est couverte par l'assurance maladie obligatoire. En outre, un grand arsenal de mesures a été mis en place pour garantir l'accès aux soins de santé (intervention majorée, maximum à facturer, tiers payant social,...) pour les populations les plus défavorisées et les efforts sont sans cesse poursuivis dans ce sens. En témoigne une série d'indicateurs de santé¹⁰ : en comparaison aux autres pays européens, l'espérance de vie est plus élevée en Belgique, l'état de santé « perçu » par la population belge est meilleur, la qualité des soins est élevée, il n'y a pas ou peu de listes d'attente pour les soins, etc. Une enquête¹¹ menée dans plusieurs pays montre, par ailleurs, que le Belge est le plus satisfait : 94% des personnes interrogées sont satisfaites de leur couverture d'assurance, 57% d'entre elles jugent notre système de santé performant, 75% sont satisfaites des services de leur médecin et 68% sont satisfaites des soins hospitaliers dont elles ont récemment bénéficié.

Malgré tout, les frais à charge du patient restent élevés par rapport aux autres pays européens (25% en moyenne) et certains ménages éprouvent des difficultés à assumer financièrement des soins. Ainsi, selon la dernière enquête de santé réalisée par l'Institut Scientifique de Santé Publique auprès de 11.250 personnes sélectionnées au hasard dans la population belge en 2008, près d'un belge sur sept déclare un renoncement, un report de soins ou un arrêt en cours de traitement, lors des douze derniers mois précédant l'enquête, pour des raisons financières¹². Par rapport à la première vague de l'Enquête de santé belge, le taux de report a fortement augmenté, passé de 9% en 1997 à 14% en 2008.

Ces enquêtes mettent en évidence que :

- Le sexe est un facteur déterminant pour expliquer le renoncement aux soins. Les femmes déclarent ainsi plus souvent reporter les soins¹³ : en 2008, elles sont 21% contre 10% d'hommes¹⁴.
- Le risque de déclarer un report est supérieur pour les ménages au sein desquels on ne déclare aucune activité rémunérée: 17% contre 11% pour les ménages avec au moins un actif.
- Le report de soins varie sensiblement en fonction de la situation familiale. Les familles monoparentales reportent le plus souvent des soins : en 2008, cela concerne 30% d'entre elles alors que ce pourcentage est de 16% pour les isolés ou encore 6% pour les couples sans enfant.

⁹ OCDE, 2013, Panorama de la Santé., Les indicateurs de la santé, Editions OCDE, pp. 214.

¹⁰ Vrijens F. et al., 2012, « La performance du système de santé Belge – Rapport 2012 », *KCE Report 196B*, Health Services Research (HSR), Bruxelles, Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE), pp. 180.

¹¹ Keckley P.H. et al., 2011, « 2011 Survey of Health Care Consumers in Belgium - Key Findings, Strategic Implications », Bruxelles, Deloitte, pp. 32.

¹² Demarest S. et al., 2010, « Enquête de santé, 2008. Rapport IV – Santé et Société. », IPH/EPI Reports n°2010/037, Direction Opérationnelle Santé publique et surveillance, Bruxelles, Institut Scientifique de Santé Publique, pp. 48.

¹³ Cet écart reste significatif en standardisant pour l'âge.

¹⁴ Demarest S. et al., 2010, *Ibid.*

- Le report de soins diffère fortement d'une zone géographique à l'autre. Il est le plus important dans la région de Bruxelles-Capitale : en 2008, le taux de report de soins déclaré est de 26% alors qu'il est de 11% en Flandre et 14% en Wallonie.

D'autres raisons (que celles financières) expliquent le report de soins : le manque de temps, la crainte, la négligence, le fait que la santé n'est pas prioritaire, les difficultés pour les déplacements ou encore des facteurs culturels.

A côté des grandes enquêtes nationales réalisées par l'Institut Scientifique de Santé Publique depuis 1997, les différentes enquêtes¹⁵ menées par Solidaris - Mutualité Socialiste apportent un autre éclairage et une plus-value qualitative. Elles permettent de mieux expliquer quelles sont les circonstances qui amènent les gens à reporter des soins de santé et abordent le « vécu » des personnes interrogées. Ces études mettaient en évidence la complexité des comportements adoptés par les ménages et des profils reflétant une réalité sociale différente. Face à ces difficultés, les ménages mettent en place différentes stratégies :

- La stratégie de la privation : le ménage tente de se soigner seul, reporte les soins au mois suivant, procède à tour de rôle pour chacun de membres du ménage (cf. achat de lunettes) ou au contraire, regroupe les visites médicales, ou encore réduit d'autres dépenses (alimentaires, vestimentaires, logement, etc.). Il s'agit ici d' « établir des priorités » et de « se priver d'autres choses ».
- La stratégie du meilleur marché : le ménage réduit ses dépenses (tant de santé que les autres) comme il peut en achetant des médicaments génériques, en consultant dans une maison médicale travaillant au forfait, etc.
- La stratégie gestionnaire : toutes les dépenses, dont celles de santé, sont planifiées de manière rigoureuse et le budget du ménage est étroitement géré avec des dépenses freinées ou l'établissement de priorités en cas de situation difficile.
- La stratégie du recours à l'aide : le ménage compte sur les assurances, en particulier celles d'hospitalisation, sur les différentes formes d'aides sociales, sur l'entraide familiale, sur la possibilité d'étaler le paiement de ses factures, etc.
- La stratégie de la prévention : le ménage opte pour la prévention médicale pour éviter des frais plus importants par la suite ou pour la prévention économique en mettant de l'argent de côté pour faire face aux situations difficiles.
- Et enfin, la « non » stratégie, c'est-à-dire que le ménage « vit au jour le jour ».

En 2013, Solidaris – Mutualité Socialiste a réalisé une nouvelle enquête sur la question du report de soins pour raisons financières. Les résultats de cette enquête sont présentés dans le point suivant.

¹⁵ Voir notamment Ancel D., 2014, « Report ou renoncement à des soins de santé et à des médicaments prescrits suite à des difficultés financières », Direction marketing, Union Nationale des Mutualités Socialistes, pp. 15 ; Martin P., 2002, « L'accès aux soins en Belgique et le baromètre social des mutualités socialistes », Direction études, Bruxelles, Union Nationale des Mutualités Socialistes, pp. 9 ; Martin P. et M. Piette, 2001, « Accessibilité et report de soins de santé. Baromètre social 2000 – Synthèse », Direction études, Bruxelles, Union nationale des Mutualités Socialistes, pp.15 ; Martin P., 1999, « Accessibilité et report de soins de santé – Synthèse », Direction Etudes, Bruxelles, Union Nationale des Mutualités Socialistes, pp. 27.

II. Les femmes et les familles monoparentales, premières impactées par le renoncement ou le report de soins de santé et de médicaments prescrits, suite à des difficultés financières

Par Delphine Ancel, Direction Marketing de Solidaris - Mutualité Socialiste

A. Note méthodologique

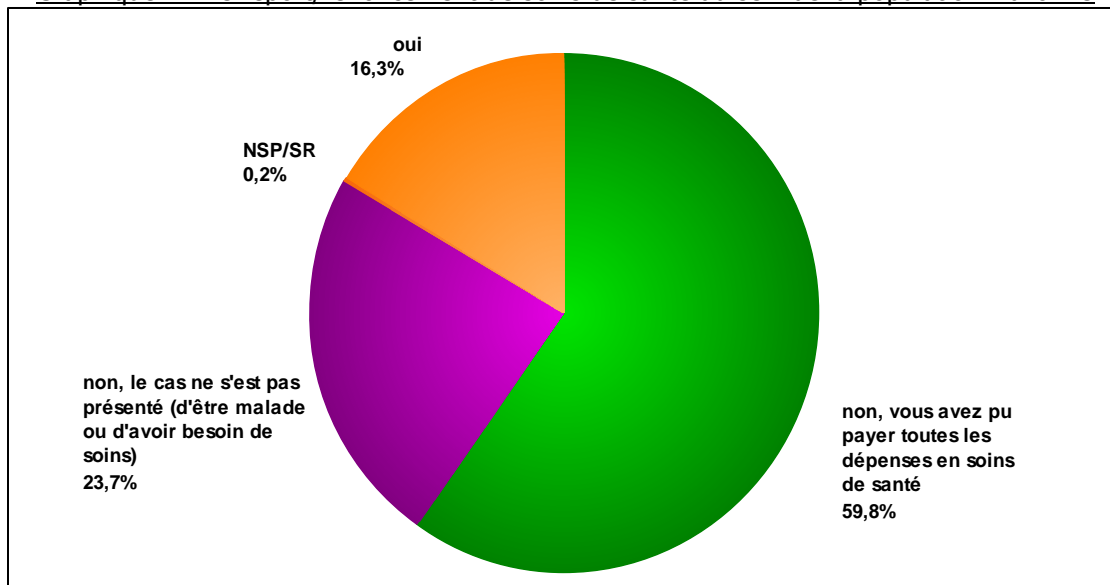
En avril 2013, Solidaris – Mutualité Socialiste a réalisé une enquête sur de nombreux sujets liés à la santé et au système mutualiste belge auprès de 2.625 affiliés wallons (de tous les organismes assureurs), responsables des affaires mutualistes au sein du ménage. L'échantillon interrogé par téléphone est scientifiquement représentatif en termes d'âge, sexe, groupes sociaux¹⁶ et origine géographique. Une partie des questions portait sur le report ou le renoncement à des soins de santé. Dans ce cas, les personnes étaient interrogées sur la dernière année écoulée (soit mai 2012 à avril 2013).

B. Résultats

a. Le report ou renoncement à des soins de santé pour des difficultés financières

21,4% des wallons nous disent avoir retardé ou renoncé à des soins ou des dépenses de santé parce qu'ils avaient des difficultés financières alors qu'ils en auraient eu besoin (soit 16,3% de la population totale interrogée dans l'enquête).

Graphique 1 - Le report/renoncement de soins de santé au sein de la population wallonne



Question posée : Vous est-il arrivé durant ces 12 derniers mois, alors que c'était nécessaire, de retarder ou de renoncer des soins ou des dépenses de santé parce que vous avez des difficultés financières ?

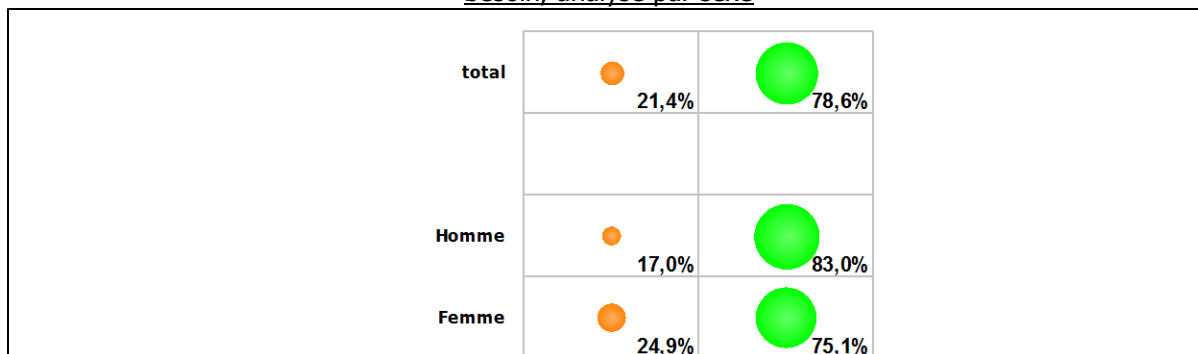
Source : Solidaris – Mutualité Socialiste, 2013

¹⁶ Les groupes sociaux sont calculés sur base de l'occupation professionnelle ou non professionnelle de la personne interrogée et sur base de son diplôme. La population belge est divisée en 8 groupes sociaux représentant chacun 12,5% de cette population.

Mais tout le monde n'est pas égal face à ce report ou renoncement. Si les différences liées au statut économique (groupes sociaux) ne sont pas une surprise, celles liées au sexe et au type de famille sont également importantes et interpellent.

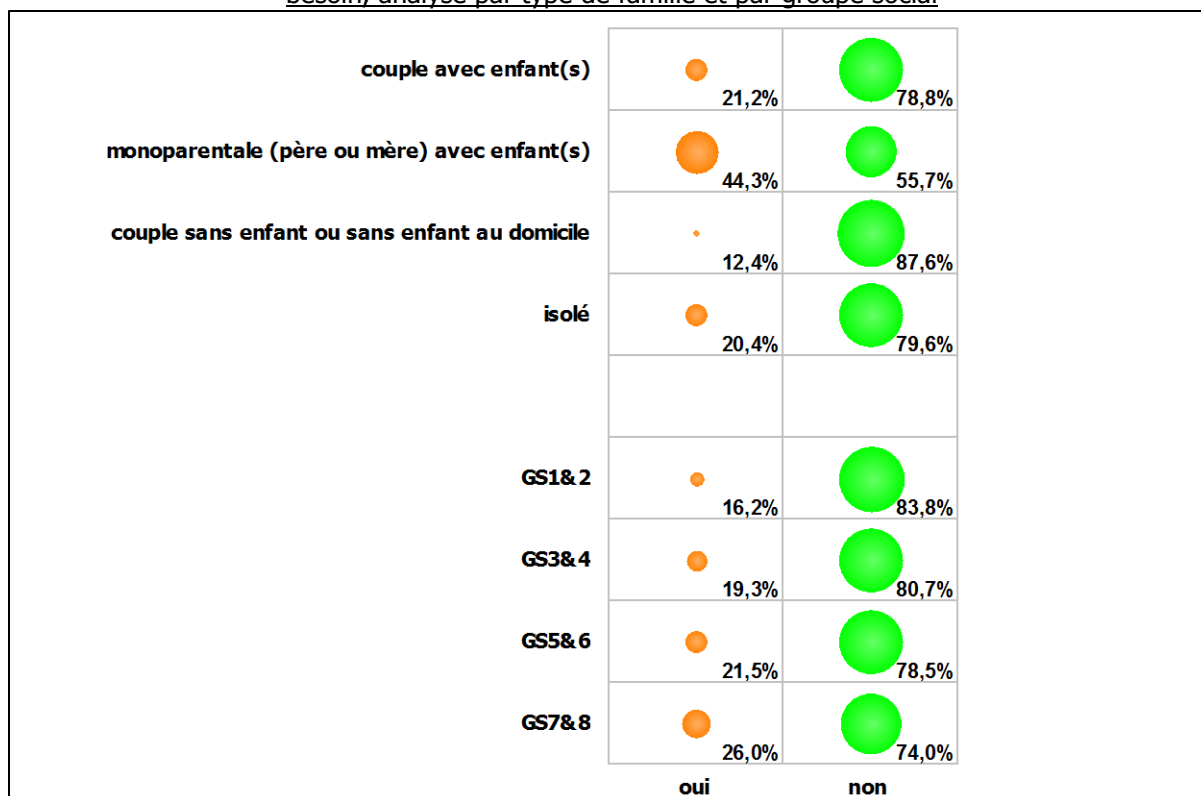
Le report ou le renoncement à des soins de santé touche ainsi davantage les femmes que les hommes (24,9% vs 17%) parmi la population qui pourtant en aurait eu besoin.

Graphique 2 - Le report / renoncement de soins de santé au sein de la population wallonne en ayant eu besoin, analyse par sexe



Source : Solidaris – Mutualité Socialiste, 2013

Graphique 3 - Le report / renoncement de soins de santé au sein de la population wallonne en ayant eu besoin, analyse par type de famille et par groupe social



Source : Solidaris – Mutualité Socialiste, 2013

Au niveau de l'analyse par type de famille, plus de 4 parents isolés sur 10 reportent ou renoncent à des soins de santé. D'autres études, dont le Thermomètre Solidaris, font état de familles monoparentales fragilisées économiquement, moralement et physiquement. Les couples sans enfant sont ceux qui renoncent/reportent le moins (12,4%).

b. Report de médicaments prescrits

9,3% de la population wallonne a reporté ou renoncé à des médicaments prescrits par le médecin. Ce report ou renoncement concerne au final 12% des personnes qui ont été confrontées à une situation de prescription.

Graphique 4 - Le report / renoncement de médicaments prescrits au sein de la population wallonne

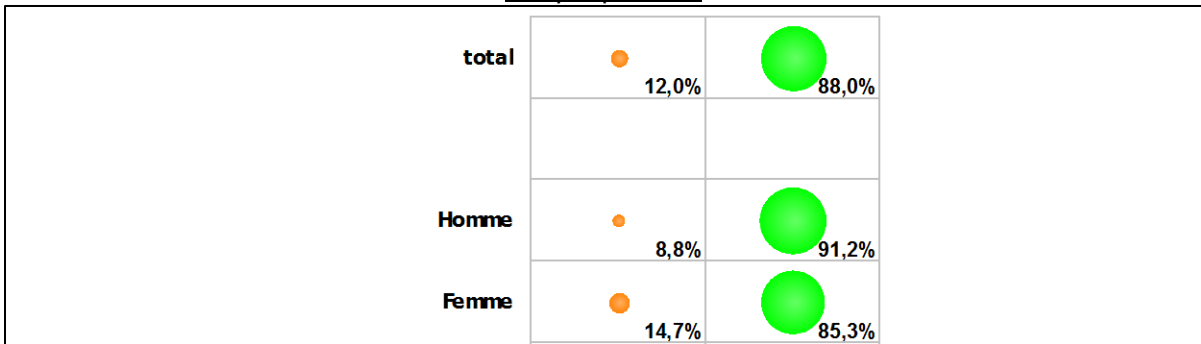


Question posée : Vous est-il arrivé, durant le courant de ces 12 derniers mois, de ne pas acheter ou de ne pas renouveler des médicaments qui étaient prescrits par le médecin ; parce que vous étiez dans des difficultés financières ?

Source : Solidaris – Mutualité Socialiste, 2013

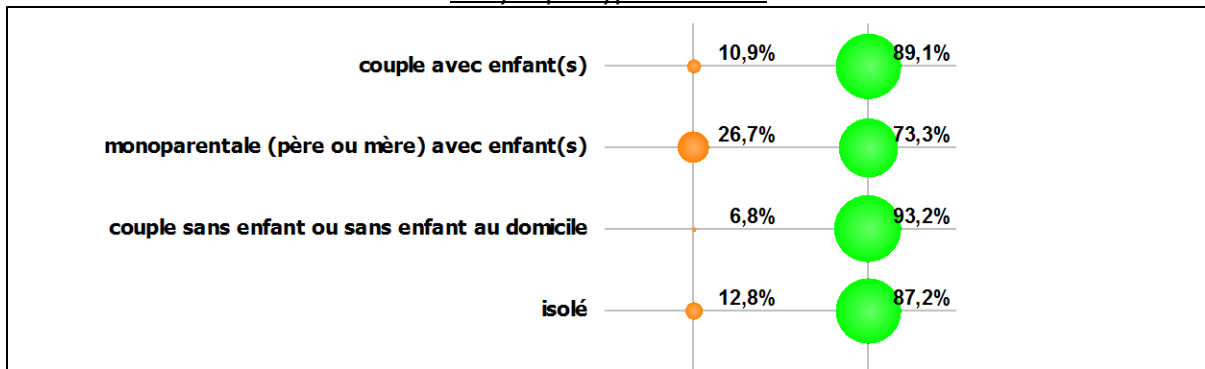
Les femmes (14,7%) sont, à nouveau, davantage touchées que les hommes (8,8%). Au niveau de la structure familiale : les familles monoparentales sont largement impactées par le phénomène : 26,7% d'entre elles le déclarent contre 10,9% des couples avec enfant et 6,8% des couples sans enfant.

Graphique 5 - Le report/renoncement de médicaments prescrits au sein de la population wallonne, analyse par sexe



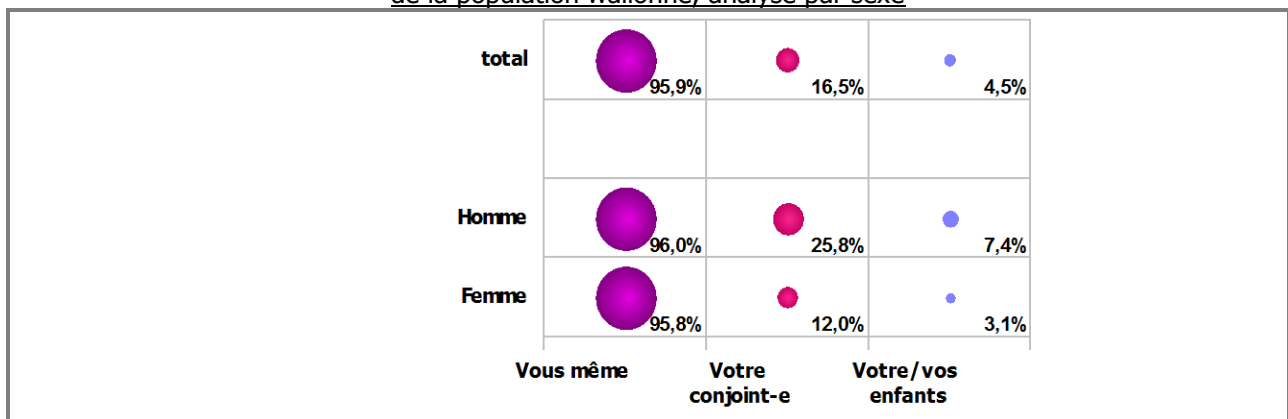
Source : Solidaris – Mutualité Socialiste, 2013

Graphique 6 - Le report / renoncement de médicaments prescrits au sein de la population wallonne, analyse par type de famille



Source : Solidaris – Mutualité Socialiste, 2013

Graphique 7 - Les personnes concernées par le report / renoncement de médicaments prescrits au sein de la population wallonne, analyse par sexe



Source : Solidaris – Mutualité Socialiste, 2013

96% des reports concernent la personne interrogée et dans moins de 5% des cas les enfants. Les conjointes semblent bien plus impactées (25,8%) que les conjoints (12%).

III. Recommandations

Si un grand nombre de mesures ont déjà été prises ces dernières années pour améliorer et renforcer l'accessibilité aux soins de santé, en particulier pour les ménages à faibles revenus et les malades chroniques (qui concernent proportionnellement plus de femmes)¹⁷, l'accessibilité financière aux soins de santé peut encore être améliorée :

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

En outre, l'accès aux soins est étroitement lié au coût général de la vie. Face à un loyer important, les frais liés à l'alimentation et les vêtements, le coût de l'éducation des enfants, etc., certains ménages n'ont pas d'autre choix que de reporter leurs soins de santé. Ceci concerne d'autant plus les familles monoparentales qui peuvent rencontrer des difficultés financières importantes dues à leur situation. La question de l'accès aux soins de santé doit donc être appréhendée dans un contexte plus large et les politiques en matière d'accès aux soins de santé doivent être articulées avec les autres politiques (en matière de logement, d'éducation, d'emploi, etc.).

¹⁷ Par exemple : l'intervention majorée - qui offre un remboursement préférentiel et une réduction des coûts de soins de santé pris en charge par les patients de 50% en moyenne - et son extension aux familles monoparentales depuis 2010, le Maximum à Facturer qui garantit au patient de ne pas dépasser un montant annuel déterminé pour ses frais de soins de santé, les mesures prises en faveur des médicaments moins chers, etc.

Chapitre III - Focus sur la monoparentalité

Par Sarah Hibo, Service Etudes des FPS

En collaboration avec Dr. Michel Boutsen, Direction Etudes de Solidaris - Mutualité Socialiste

La crise que traverse actuellement l'Europe accentue la précarité de millions de personnes, parmi lesquelles les femmes sont les plus touchées. En effet, le monde du travail peut être la source de profondes inégalités, et quand il connaît des difficultés comme celles que nous traversons actuellement, les femmes en subissent davantage les effets que les hommes.

Les femmes, et surtout les femmes à la tête de ménages monoparentaux, subissent souvent de plein fouet les réductions budgétaires et les coupes dans les dépenses sociales, d'éducation, de garde d'enfants et de santé. La situation des femmes peu qualifiées sur le marché de l'emploi continue de se dégrader. Les femmes constituent d'ailleurs la majorité des «travailleurs pauvres», ce qui n'est pas sans conséquences sur leur santé. Cette situation découle de la persistance des profondes inégalités de sexe. Inégalités en matière de santé, de travail, de parité, de droits sociaux, dans la famille et dans tous les autres domaines de la vie. Inégalités qui, malgré les grands pas effectués ces dernières décennies, restent lourdes de conséquences.

Une attention particulière doit être apportée aux ménages monoparentaux. Un récent rapport de l'IWEPS¹⁸ consacré à la pauvreté et aux inégalités en Wallonie, montre qu'en Belgique, en 2011, un ménage monoparental sur trois ne parvient pas à échapper à la pauvreté¹⁹. En Wallonie, c'est un ménage monoparental sur deux qui vit sous le seuil de pauvreté²⁰ (54,3%) et en situation de déprivation matérielle²¹ (43,2%). A titre comparatif, le taux de pauvreté belge est de 15,3% et 12,9% de la population est en situation de déprivation matérielle. En Wallonie, une personne pauvre sur quatre vit dans un ménage monoparental.

Ces dix dernières années, les travaux consacrés à la pauvreté et à la précarité ont apporté une attention particulière à la question des ménages monoparentaux. Les associations actives dans les secteurs qui touchent à cette problématique multiplient les recherches et constats à l'égard de ces ménages.

L'évolution des formes familiales a conduit à une augmentation du nombre de ménages monoparentaux depuis les années soixante. Mais ces ménages ne constituent pas un groupe homogène. La

¹⁸ Guiot A.-C., *Regard sur la pauvreté et les inégalités en Wallonie*, Working paper de l'IWEPS n°16, septembre 2013.

¹⁹ Contre un ménage sur dix parmi les couples avec enfants.

²⁰ Le seuil de pauvreté pour un isolé est de 1000€. Il est pondéré par le nombre de personnes dans le ménage (1 pour le 1er adulte, 0,5 pour la 2ème personne de plus de 14 ans et 0,3 par enfant de moins de 14 ans) et atteint par exemple 2100€ pour un couple avec deux enfants ou 1600€ pour un ménage monoparental avec deux enfants.

²¹ La déprivation matérielle est un indicateur européen qui permet de catégoriser les ménages selon qu'ils ont ou non la capacité financière : de faire face à des dépenses imprévues ; de manger tous les deux jours un repas comprenant des protéines ; de chauffer correctement son logement ; de partir une semaine par an en vacances ; d'éviter les arriérés de crédit, de loyer et de paiement ; de disposer (si désiré) d'une voiture ; de disposer (si désiré) d'une télévision ; de disposer (si désiré) d'un téléphone ; de disposer (si désiré) d'une machine à laver). Le taux de déprivation est la proportion de personnes vivant dans un ménage n'ayant pas accès à au moins trois des neuf items.

monoparentalité recouvre des situations très distinctes, allant de la mère divorcée chômeuse à la mère divorcée aisée, vivant de manière satisfaisante la monoparentalité. Avant d'aller plus loin, accordons-nous sur ce qu'est un ménage monoparental.

La définition que nous utiliserons est celle retenue par les chercheurs et les administrations: *un ménage avec un seul parent et au moins un enfant à charge où le parent éduque seul ses enfants et en est le seul responsable financier (hors pension alimentaire).*

Ces ménages ne sont toutefois pas faciles à cerner dans les statistiques. En effet, selon cette définition, un couple séparé qui pratique la garde alternée et dont les deux parents contribuent de manière plus ou moins équivalente aux frais liés aux soins et à l'éducation des enfants n'entre pas dans cette catégorie. De la même manière, il est possible que les statistiques surévaluent légèrement le nombre de familles monoparentales en y incluant des familles dont les adultes sont domiciliés à deux endroits différents mais vivent effectivement ensemble et partagent les charges du ménage²².

I. Les familles monoparentales en chiffres

Dans les études récentes consacrées aux familles monoparentales, les données présentées (le nombre de ménages monoparentaux) varient toujours quelque peu, notamment pour les raisons que nous venons de citer, c'est-à-dire, la difficulté de « cerner » les familles monoparentales dans les statistiques. Les ménages visés ne sont (heureusement) pas invités à se rendre à l'administration pour cocher une case « type de ménage/ménage monoparental ». La manière d'identifier les différents types de ménages dépend donc des données disponibles et peut varier selon les sources et la définition du ménage monoparental retenue. En fonction du dénominateur utilisé, la proportion de ménages monoparentaux comptabilisés passe du simple au triple.

Avant de présenter nos résultats, nous avons choisi de retenir deux sources récentes et les plus régulièrement citées pour donner un aperçu du nombre de familles monoparentales et mettre en perspective nos données.

Selon les données du Gedap²³, et si l'on se réfère à l'ensemble des ménages (avec ou sans enfants, en couple ou isolés...) on compte 11,7% de ménages monoparentaux en Wallonie en 2010. Et, d'après les données de la Banque Carrefour de la Sécurité Sociale²⁴, 29,9% des ménages avec enfants sont monoparentaux (Wallonie, 2009) avec, dans 83% des cas, une femme à leur tête.

La proportion de ménages monoparentaux obtenue grâce aux données des affiliés de Solidaris - Mutualité Socialiste diffère quelque peu des deux sources précédentes. La principale raison semble être liée à la manière dont nous avons procédé pour les comptabiliser.

²² Il semblerait toutefois que ce phénomène soit moins important qu'on ne le pense. En effet, sur base de l'enquête GGP-UNECE parmi les 29,6% de familles monoparentales qui ont un partenaire qui ne vit pas dans le même logement 79,6% des partenaires travaillent, 9,4% sont inactifs et 3,7% sont pensionnés. Il y aurait donc peu de personnes qui dépendent des revenus de remplacement et donc peu de personnes qui auraient un avantage à être « isolé » pour bénéficier du revenu de remplacement à taux plein plutôt qu'au taux cohabitant (Wagener M., 2013, p. 20).

²³Source de données de l'IWEPS, <http://cytisecommunes.gedap.be/asp/interfcst.asp>. Ces données mesurent le nombre de ménages d'hommes ou de femmes seuls avec enfants, sans autre personne non apparentée vivant à la même adresse.

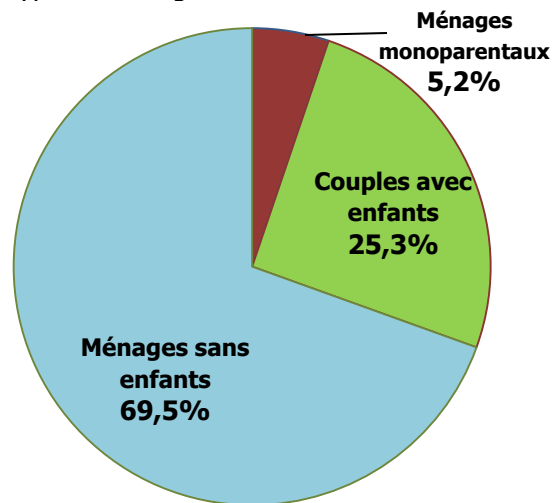
²⁴ Wagener M., *Trajectoires de monoparentalité à Bruxelles : les femmes face aux épreuves de la parentalité*, UCL, 2013.

Parmi tous les types de ménages, nous obtenons une proportion de 5,2% de ménages monoparentaux (graphique1). 88,4% d'entre eux ont une femme à leur tête (et un homme dans 11,6% des cas, graphique 2).

Si l'on se réfère à l'ensemble des ménages avec enfants (tableau 2), la proportion de ménages monoparentaux est de 17,1% (15,1% de femmes monoparentales et 2% d'hommes monoparentaux).

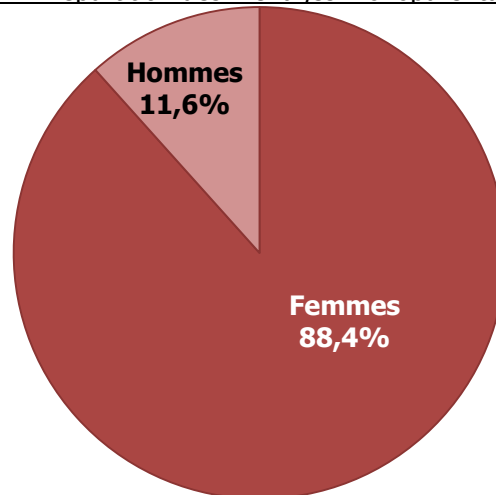
Le nombre de familles monoparentales a très légèrement augmenté en 10 ans. Il est passé de 4,6% à 5,2% de l'ensemble des ménages (tableau 1) et de 15,8% à 17,1% des ménages avec enfants (tableau 2).

Graphique 1 - Type de ménage des affiliés de Solidaris - Mutualité Socialiste



Source : Solidaris – Mutualité Socialiste (données 2012)

Graphique 2 - Répartition des ménages monoparentaux selon le sexe



Source : Solidaris – Mutualité Socialiste (données 2012)

Tableau 1 - Evolution du type de ménage

	2002	2012
N	1.344.854	1.484.525
Ménages monoparentaux	4,6%	5,2%
Couples avec enfants	24,7%	25,3%
Isolés/Couples sans enfants	70,7%	69,5%

Source : Solidaris – Mutualité Socialiste (données 2012)

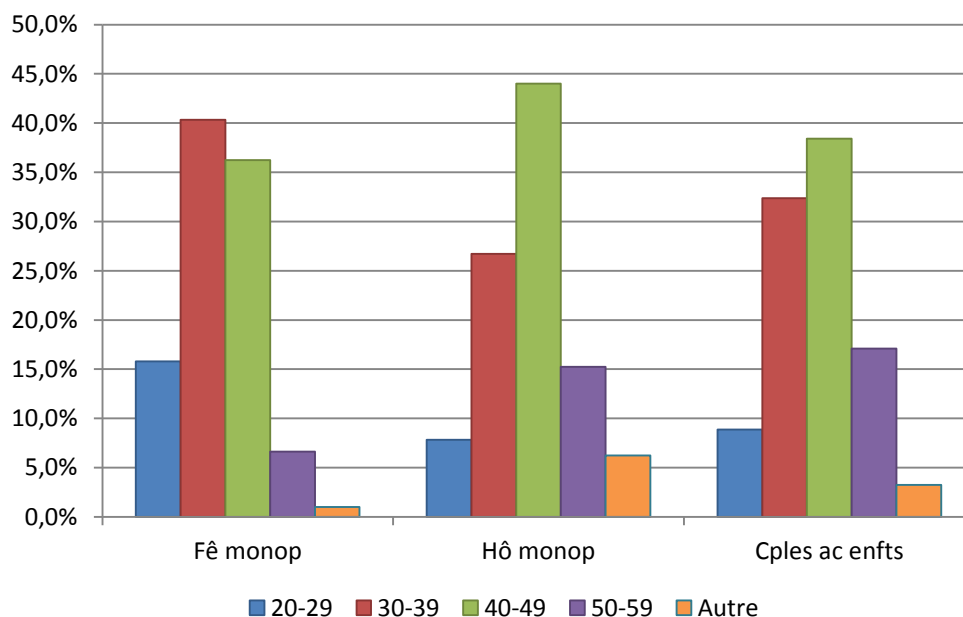
Tableau 2 - Evolution de la part des ménages avec enfants

	2002	2012
N	393.706	452.753
Femmes monoparentales	14,1%	15,1%
Hommes monoparentaux	1,7%	2,0%
Couples avec enfants	84,3%	82,9%

Source : Solidaris – Mutualité Socialiste (données 2012)

La majorité des chefs de ménage monoparentaux a entre 30 et 49 ans. Les hommes monoparentaux sont un peu plus âgés que les femmes. 44% d'entre eux se trouvent dans la catégorie des 40-49 ans, tandis que la majorité des femmes monoparentales (40,3%) se trouve dans la tranche d'âge des 30-39 ans. L'âge moyen des femmes monoparentales est de 38 ans contre 41 ans pour les hommes en situation de monoparentalité, tandis que l'âge moyen des titulaires dans les couples avec enfants est de 42 ans.

Graphique 3 - Age des familles monoparentales

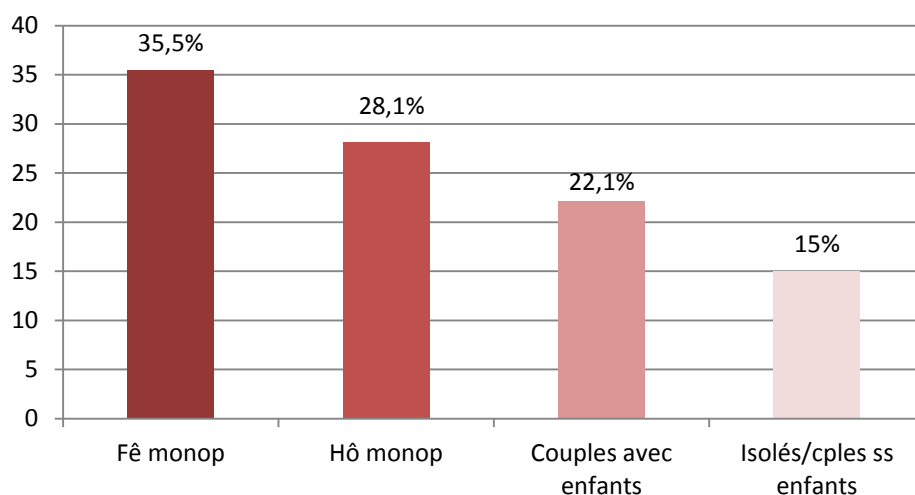


Source : Solidaris – Mutualité Socialiste (données 2012)

A. Profil socio-économique

a. Chômage

Graphique 4 - Taux de chômage selon le type de ménage



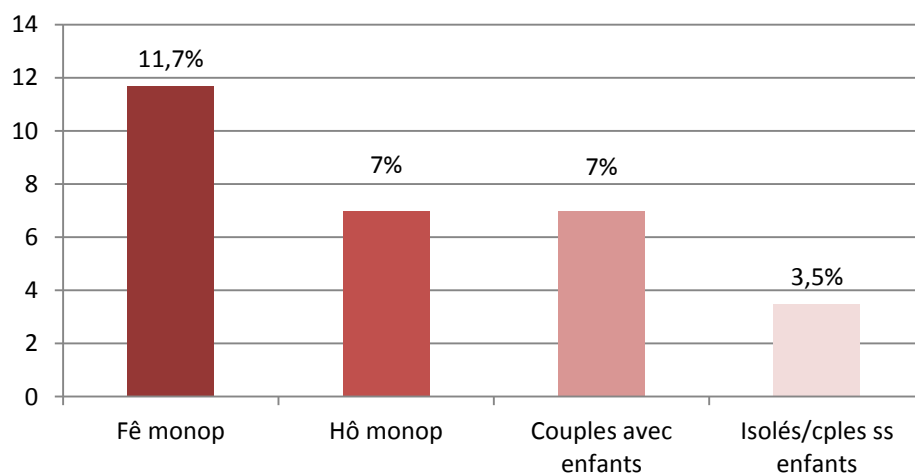
Source : Solidaris – Mutualité Socialiste (données 2012)

Le taux de chômage des parents qui élèvent seuls leurs enfants est significativement plus haut (tant chez les hommes que chez les femmes) que pour les couples avec enfants, et encore plus que pour les personnes sans enfants. C'est toutefois au sein des ménages « femmes monoparentales » que le taux de chômage est le plus élevé.

La monoparentalité apparaît donc comme un frein à l'emploi et le fait d'être une femme est un frein supplémentaire.

b. Incapacité de travail primaire

Graphique 5 - Proportion de personnes en incapacité de travail primaire selon le type de ménage



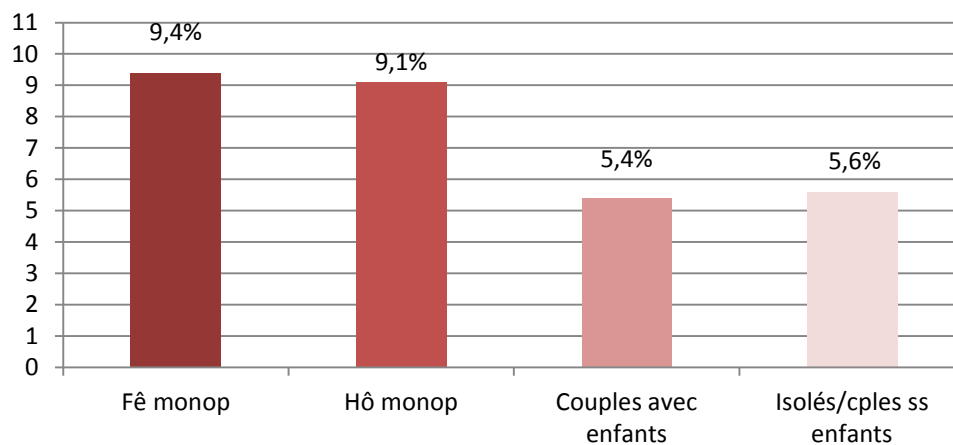
Source : Solidaris – Mutualité Socialiste (données 2012)

Il y a à nouveau proportionnellement plus de femmes monoparentales, en comparaison aux autres formes de ménages, qui ont connu une période d'incapacité de travail primaire²⁵ (en 2012). La proportion d'hommes monoparentaux et de couples avec enfants qui ont connu une incapacité de travail primaire est par contre identique.

Le nombre moyen de jours d'incapacité de travail est similaire quelle que soit la forme du ménage (soit, pour l'année 2012, 129 jours pour les femmes monoparentales, 125 jours pour les hommes monoparentaux, 115 jours pour les familles duoparentales et 120 jour pour les ménages sans enfants).

c. Invalidité

Graphique 6 - Proportion de personnes en invalidité selon le type de ménage



Source : Solidaris – Mutualité Socialiste (données 2012)

C'est au sein des ménages monoparentaux que la proportion de personnes en invalidité²⁶ est la plus importante. Les femmes et les hommes en situation de monoparentalité sont touchés de manière semblable.

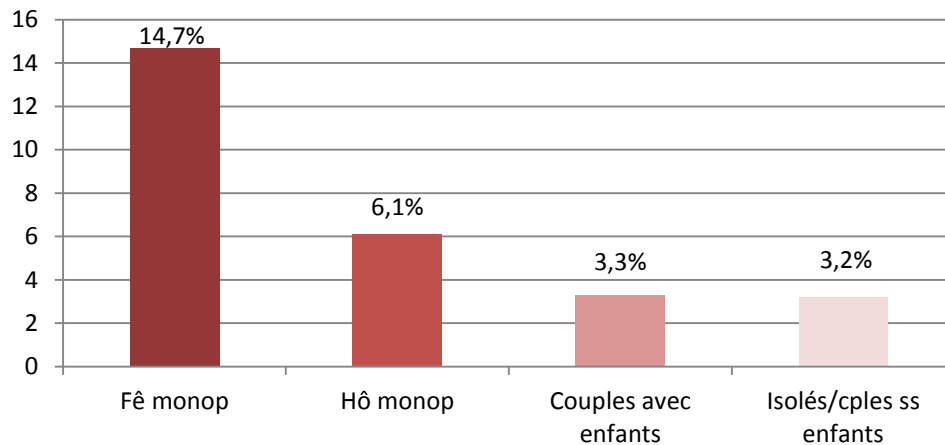
Par contre, si l'on observe le nombre moyen de jours d'invalidité, comme pour l'incapacité de travail primaire, il n'y a pas de variation en fonction du type de ménage : 251 jours pour les femmes monoparentales, 271 jours pour les hommes monoparentaux, 261 jours pour les familles duoparentales et 277 jours pour les ménages sans enfants.

²⁵ L'incapacité de travail primaire couvre les jours d'arrêt de travail pour cause de maladie à charge de l'assurance maladie. Les périodes se rapportant à la protection de la maternité ne sont pas prises en compte dans notre calcul.

²⁶ L'invalidité concerne les interruptions de travail (pour cause maladie) de plus d'un an.

d. Revenu d'intégration sociale

Graphique 7 - Bénéficiaires du RIS selon le type de ménage



Source : Solidaris – Mutualité Socialiste (données 2012)

Les femmes monoparentales sont largement plus souvent bénéficiaires du revenu d'intégration sociale (RIS)²⁷ : plus de deux fois plus que les hommes monoparentaux et près de cinq fois plus que les couples avec enfants.

e. Evolution du profil socio-économique

Comme nous l'avons vu dans les graphiques 4 à 7, les ménages monoparentaux sont surreprésentés dans les catégories des demandeurs d'emploi, bénéficiaires du revenu d'intégration sociale (RIS), incapacité de travail primaire et invalidité en comparaison aux couples avec enfants.

Entre 2002 et 2012, le taux de chômage des femmes monoparentales a très fort baissé: il est passé de 50,2% à 35,5% (tableau 3, graphique 8). A l'inverse, on constate que les bénéficiaires du RIS et les personnes en incapacité de travail primaire ont augmenté.

Cette réduction du taux de chômage peut s'expliquer, notamment, par le retour à l'emploi (« facilité » par l'augmentation du nombre d'emplois à temps-partiel), par les retraits du marché du travail des femmes sans emploi (qui « choisissent » de ne plus rechercher d'emploi pour s'occuper des enfants), les exclusions du chômage (avec comme conséquence une éventuelle redirection vers l'aide du CPAS) ou encore, par une réorientation vers l'incapacité de travail et l'invalidité.

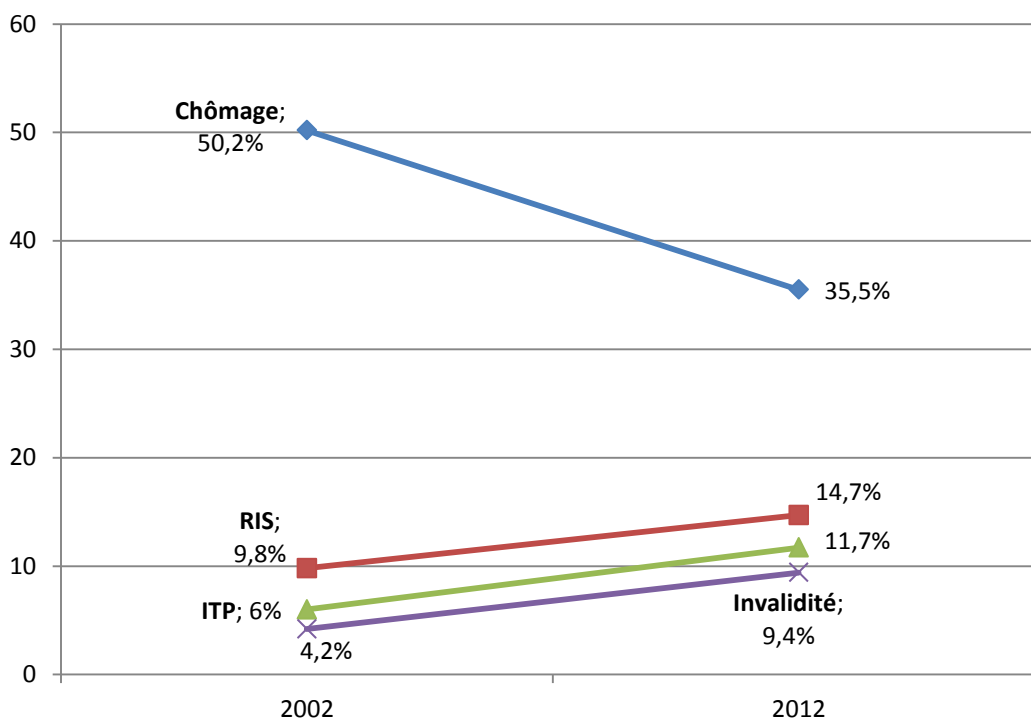
²⁷ Revenu de remplacement octroyé par le CPAS.

Tableau 3 - Evolution de la situation socio-économique selon le type de ménage (en %)

	Fê monop		Hô monop		Couples avec enfts	
	2002	2012	2002	2012	2002	2012
<i>n</i>	55.423	68.224	6.574	8.985	331.709	375.544
Chômage	50,2	35,5	33,2	28,1	25,4	22,1
RIS	6	11,7	5,3	7	5,6	7
ITP	9,8	14,7	3,6	6,1	2,1	3,3
Invalidité	4,2	9,4	7,2	9,1	4	5,4

Source : Solidaris – Mutualité Socialiste (données 2012)

Graphique 8 - Evolution de la situation socio-économique des femmes monoparentales

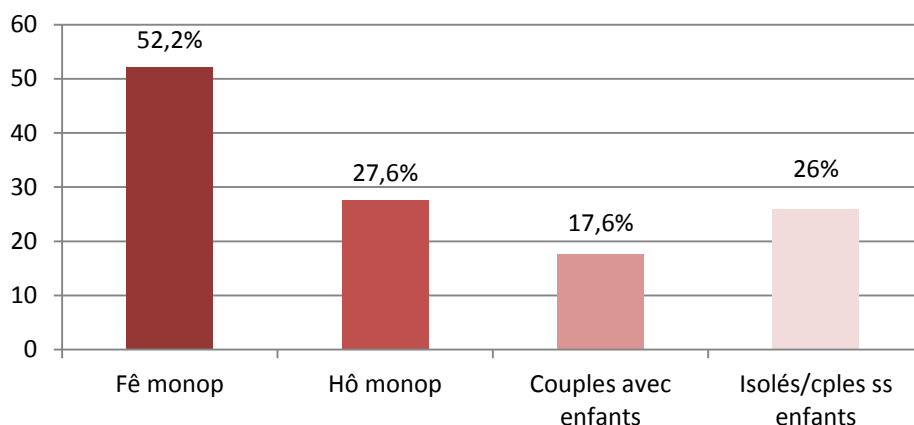


Source : Solidaris – Mutualité Socialiste (données 2012)

f. Intervention majorée

C'est parmi les femmes monoparentales que l'on retrouve proportionnellement le plus de bénéficiaires de l'intervention majorée²⁸ (52,2%, graphique 9). Cette proportion est deux fois plus élevée que pour les hommes monoparentaux (27,6%) et encore plus élevée que pour les couples avec enfants (17,6%). La proportion d'hommes monoparentaux BIM est semblable à la catégorie isolés/couples sans enfants. Mais précisons que cette catégorie compte davantage de personnes âgées, qui ont plus souvent accès à l'intervention majorée.

Graphique 9 - Proportion de BIM selon le type de ménage



Source : Solidaris – Mutualité Socialiste (données 2012)

Tableau 4 - Evolution de la proportion de BIM (en %)

	Fê monop		Hô monop		Couples avec enfts	
	2002	2012	2002	2012	2002	2012
<i>n</i>	55.423	68.224	6.574	8.985	331.709	375.544
BIM	19,6	52,2	14,7	27,6	8,1	17,6

Source : Solidaris – Mutualité Socialiste (données 2012)

Entre 2002 et 2012, la proportion de BIM a très fortement augmenté. Elle a doublé pour les hommes monoparentaux et les couples avec enfants et presque triplé pour les femmes monoparentales. Cette évolution s'explique par les réformes successives de l'intervention majorée qui a, notamment, été élargie aux familles monoparentales et aux chômeurs de longue durée.

²⁸ Les bénéficiaires de l'intervention majorée (BIM) reçoivent des remboursements plus importants pour les soins de santé et ont aussi accès à d'autres avantages tels que réduction sur le prix des transports en commun, fond social chauffage...

B. Etat de santé

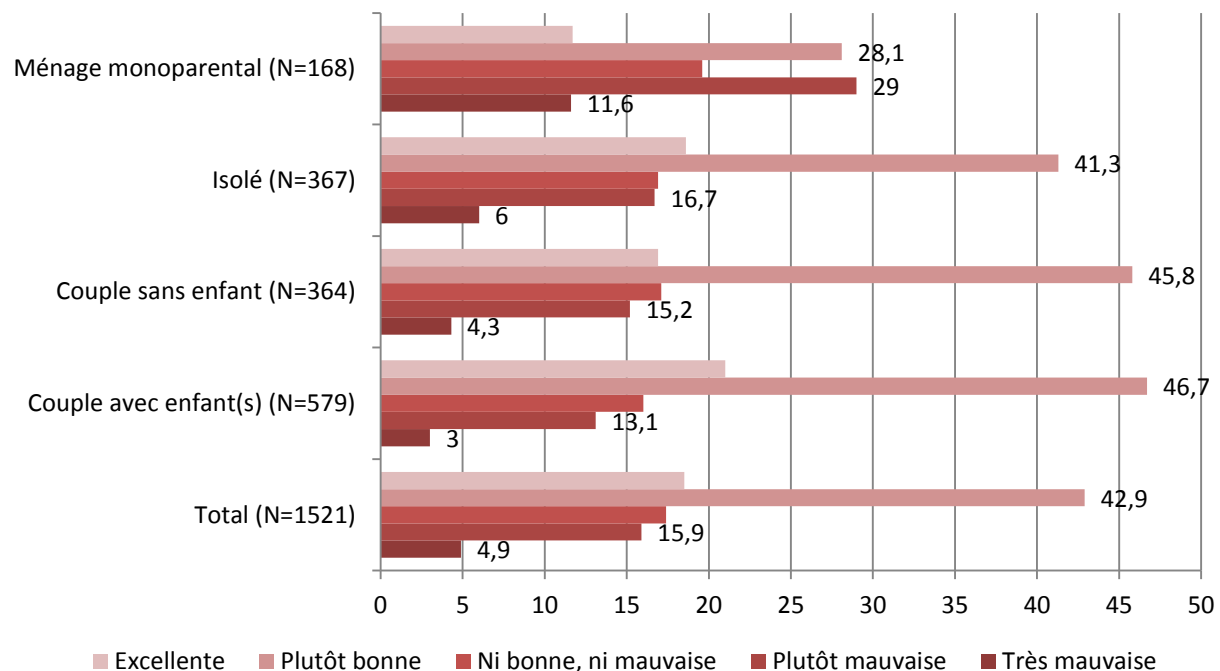
Les données dont nous disposons sur l'état de santé et la consommation de soins de santé permettent difficilement de déterminer si les femmes monoparentales sont en meilleure santé que le reste de la population. En effet, une consultation chez un médecin généraliste, par exemple, ne permet pas de déterminer pour quelle raison la personne consulte : problème de santé, prévention... Dès lors, si l'on compare le nombre de contacts chez un prestataire de soins, ce n'est pas parce que les personnes n'en consultent pas/peu qu'elles ne sont pas malades et, inversement, certaines personnes peuvent se rendre plus régulièrement chez le médecin et être en meilleure santé que celles qui ne s'y rendent pas.

C'est pourquoi nous avons retenu comme indicateurs de l'état de santé, la santé subjective²⁹ et le report de soins.

a. Santé subjective

L'enquête conduite en 2013 par Solidaris – Mutualité Socialiste (graphique 11) montre que 40,6% des personnes vivant en situation de monoparentalité se considèrent en plutôt mauvaise ou très mauvaise santé contre 16,1% pour les couples avec enfants. Dans ces données, la différence entre les familles monoparentales et la population totale et les autres types de ménages est nettement marquée. Les ménages monoparentaux rapportent deux fois plus un mauvais ou très mauvais état de santé.

Graphique 11 - Perception de l'état de santé selon le type de ménage



Source : Solidaris – Mutualité Socialiste (données 2012)

²⁹ La santé subjective est une mesure de l'état de santé basée sur la perception qu'on les personnes de leur santé. Ce concept couvre les dimension de la santé physique, psychique et sociale. Le caractère subjectif provient du fait qu'il s'agit d'une réaction émotionnelle plutôt que d'une analyse cognitive systématique.

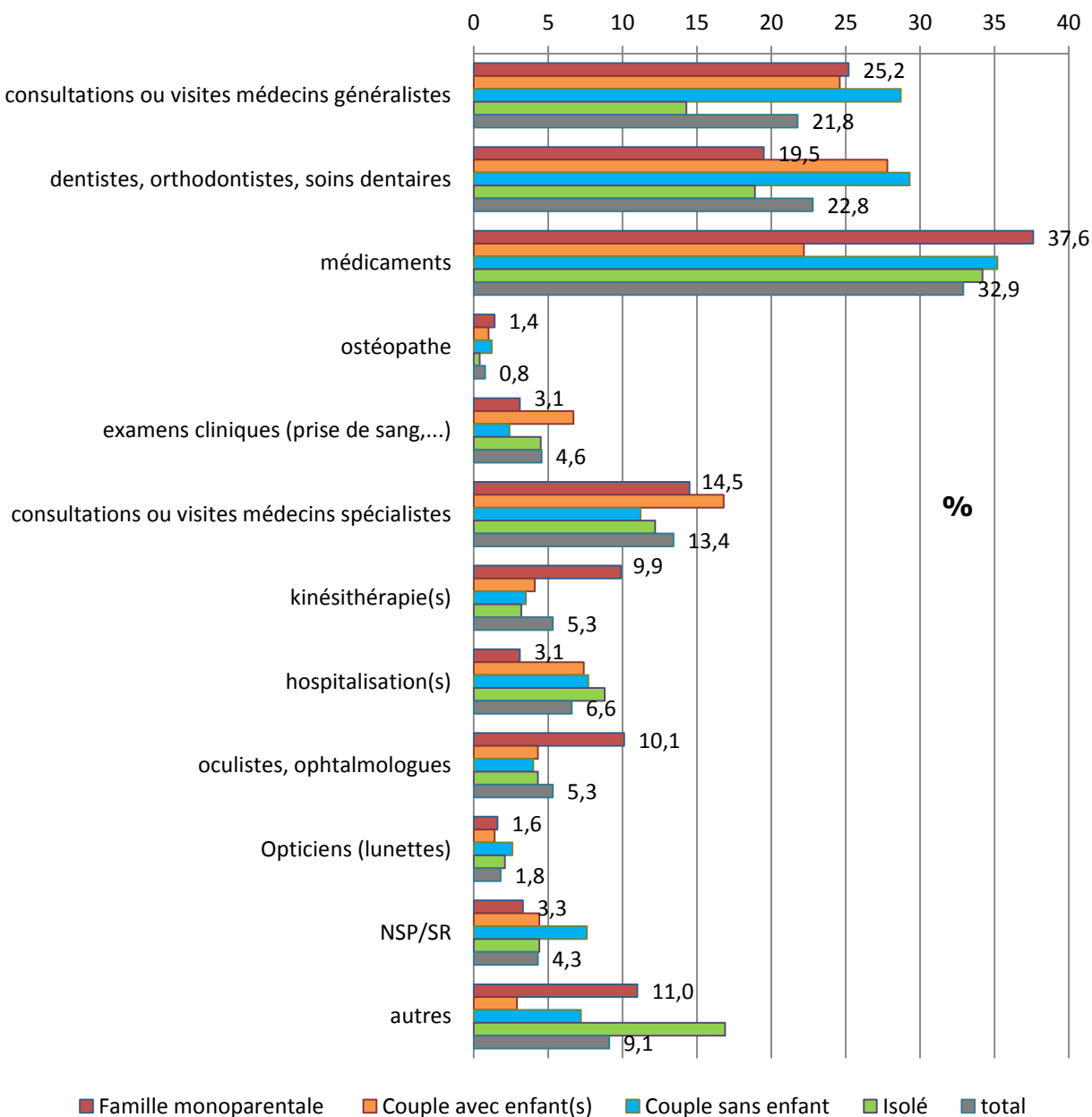
http://statbel.fgov.be/fr/modules/digilib/population/1464_sante_subjective_enquete_sante_2008.jsp

b. Report/renoncement de soins

Comme nous l'avons vu dans le chapitre précédent consacré au report/renoncement de soins, 44,3% des ménages monoparentaux déclarent reporter des soins, contre 21,2% des couples avec enfants.

Selon la dernière enquête de Solidararis - Mutualité Socialiste (graphique 12), les soins les plus reportés par les ménages monoparentaux sont (dans l'ordre): les médicaments, les consultations chez le généraliste et chez le dentiste. Les consultations d'ophtalmologie et de kinésithérapie sont aussi davantage reportées en situation monoparentale.

Graphique 12 - Principaux types de soins de santé reportés/renoncés au sein de la population wallonne en ayant eu besoin selon le type de famille



Source : Solidararis – Mutualité Socialiste (données 2012)

II. Derrière les chiffres, qui sont les ménages monoparentaux ?

Les données que nous venons de présenter dans la première partie de ce chapitre révèlent des ménages monoparentaux en moins bonne position socio-économique et avec un état de santé moins bon que tous les autres types de ménages (pour chaque indicateur pris individuellement, mais aussi tous indicateurs confondus).

Nous devons cependant garder à l'esprit que les ménages monoparentaux ne sont pas un groupe homogène. Leurs réalités de vie recouvrent des situations très distinctes, allant de la mère chômeuse à la mère aisée vivant de manière satisfaisante la garde alternée.

Facteurs discriminants

Il y a une multitude de facteurs qui mettent potentiellement en difficulté les ménages monoparentaux³⁰. Ils sont en lien avec les ressources financières et le fait que la majorité de ces ménages ont une femme à leur tête.

Précisons tout d'abord que la place que le père continue (ou pas) à occuper influence de manière importante les conditions de vie des femmes monoparentales : non seulement financièrement, mais aussi en termes de disponibilité. La difficulté de leur situation est clairement liée à cette absence du père.

L'adulte monoparental se retrouve avec un seul revenu professionnel (voire plus aucun pour les couples où un seul parent travaillait) ou une seule allocation de remplacement. Il doit donc assumer des dépenses quasi identiques... mais avec moins d'argent. Le coût du logement, par exemple, tient une part importante du budget d'un ménage. La taille du logement nécessaire à une mère seule avec un ou plusieurs enfants ne varie pas sensiblement de celle d'un couple avec ce même nombre d'enfants (idéalement, la présence d'un seul parent ne réduit pas le nombre de chambres nécessaires pour les enfants). Il en est de même pour l'énergie ; les besoins en électricité et en chauffage sont quasiment identiques et varient plus en fonction de la taille du logement que du nombre d'occupants.

Bien sûr, les pensions alimentaires doivent pallier ce manque de ressources financières, mais malheureusement, une autre difficulté à laquelle doivent faire face les parents seuls est le non-paiement de ces créances alimentaires ou encore, l'inadéquation des montants aux besoins des enfants.

Les familles monoparentales rencontrent également des difficultés organisationnelles, liées principalement à la prise en charge des enfants et à la discordance des temps scolaires et de travail.

Il n'y a, en effet, pas suffisamment de places dans les milieux d'accueil pour enfants en bas âge. De plus, les horaires d'ouverture de ces structures ne sont pas toujours en concordance avec les horaires de travail « atypiques » (horaires à pause, travail de nuit, assez fréquents dans certains secteurs où l'on emploie une part importante de femmes, comme celui du nettoyage) ou des horaires plus classiques impliquant de longs déplacements domicile-travail.

³⁰ Que les FPS pointaient déjà en 2007, voir : Claude F., *Familles monoparentales : où sont les problèmes ?*

En terme organisationnel, l'entrée des enfants dans le système scolaire s'accompagne de difficultés liées à l'accueil extrascolaire, les horaires d'école étant encore moins compatibles avec ceux d'un emploi à temps-plein.

La priorité d'accès aux structures d'accueil est parfois donnée aux personnes qui ont un emploi, ce qui rend alors presque impossible le retour à l'emploi.

Le coût de l'accueil des enfants représente aussi un frein financier lorsque le parent est seul à le prendre en charge. Ce frein est réduit lorsque l'enfant a accès à un milieu d'accueil subventionné, la participation financière des parents étant alors proportionnelle au salaire. Par contre, le manque de places d'accueil subventionnées se pose encore davantage.

A ces difficultés financières et organisationnelles s'additionnent les difficultés économiques coutumières des femmes. Les inégalités salariales font que dans le cas d'une femme monoparentale, c'est souvent le salaire le plus important qui fait défaut, celui de l'homme.

S'ajoutent à cela des obstacles liés à la position plus précaire des femmes sur le marché du travail. Elles sont plus souvent dans des secteurs moins bien rémunérés (social, santé, nettoyage ...), avec des contrats à temps-partiel et/ou à durée déterminée.

Dès lors, si la situation d'emploi des femmes avant (et au moment de) la séparation était précaire, elles ont d'emblée davantage de difficultés financières parce que leur revenu personnel n'est pas suffisant pour faire face aux dépenses ; elles ont moins de facilités pour trouver un meilleur emploi (surtout si au long de leur carrière elles ont occupé des emplois précaires) à cause d'un manque de qualification, d'expérience voire, simplement, à cause des réticences des employeurs ; et les emplois qu'elles seraient susceptibles de décrocher peuvent ajouter des contraintes organisationnelles.

La question de rester en emploi ou d'augmenter son temps de travail se pose alors très souvent pour ces femmes seules.

Toutes ces difficultés potentielles rencontrées par les femmes monoparentales sont en interdépendance. C'est l'addition de plusieurs de ces difficultés qui conduit à la précarité. En l'occurrence, un problème de santé peut être dramatique. En effet, au moindre grippage l'équilibre construit par les femmes peut se rompre et les difficultés se cumulent et s'amplifient.

Un groupe hétérogène

Une recherche récente menée par Martin Wagener³¹ s'est intéressée à mieux cerner le vécu de ces ménages. Sur base de cette étude et de nos observations sur le terrain, il semblerait que, derrière les chiffres, se cachent quatre réalités-type de familles monoparentales : les faux-monoparentaux, la double journée, les trajectoires précaires et la parentalité à domicile.

Dans le premier type de ménages monoparentaux, que nous avons appelé « *faux-monoparentaux* », ce sont des parents qui ont opté pour la garde alternée (avec un temps équivalent) et qui s'arrangent pour

³¹ Wagener M., *Trajectoires de monoparentalité à Bruxelles : les femmes face aux épreuves de la parentalité*, UCL, 2013.
Voir également Lemaigre T., Wagener M., *Monoparentalité à Bruxelles. Etat des lieux et perspectives*, Plateforme technique de la Monoparentalité en Région de Bruxelles-Capitale, 2013.

le paiement d'une pension alimentaire décente. Ces ménages ne sont généralement pas, ou dans une moindre mesure, en difficulté. Ils ne rentrent d'ailleurs pas dans notre définition du ménage monoparental énoncée en introduction de ce chapitre mais ne peuvent malheureusement pas être isolés des données statistiques.

Ensuite, selon l'étude qu'a faite M. Wagener (2013), le deuxième type, serait celui des femmes qui effectuent la *double journée*³². Dans cette catégorie, on retrouve des femmes qui étaient généralement sous CDI avant la naissance du premier enfant. Une grande partie d'entre-elles sont des mères qui ne délèguent pas, n'externalisent pas (ou peu) les tâches domestiques, ont peu recours aux réductions du temps de travail et ne bénéficient pas du télétravail ni des horaires variables. Elles font tout toutes seules et considèrent souvent leur vie comme une course perpétuelle pour arriver à tout mener à bien. Ces femmes sont toutefois celles qui ont le plus de ressources pour faire face aux épreuves. En effet, par leurs contacts avec le monde du travail elles développent un réseau social et sont capables de trouver de quoi « s'échapper » du quotidien qui leur paraît parfois trop lourd. Précisons toutefois que les femmes de ce deuxième type ne se considèrent pas nécessairement comme des victimes. Pour une grande partie d'entre-elles, la séparation est un soulagement et la plupart préfèrent nettement cette situation de monoparentalité à celle d'un couple qui ne fonctionne pas et où la présence du conjoint n'est pas synonyme d'allègement des tâches domestiques et parentales.

Le type des *trajectoires précaires* comprend les femmes à temps partiel, en formation ou ayant un autre projet d'intégration. C'est la maternité ou la monoparentalité qui les ont amenées, pour la plupart d'entre-elles, à réduire leurs heures de travail. Les choix pour l'éducation des enfants s'effectuent dans un climat de contraintes et de difficultés à gérer l'articulation entre le travail et la famille. Et, « dans un contexte de combinaisons impraticables entre les charges familiales et les exigences du monde du travail, les revenus de remplacement ne permettent que de garder un équilibre précaire »³³. Selon le titre d'une étude que nous avons consacrée à la pauvreté et aux familles monoparentales, ces femmes vivent « sur la corde raide ». Elles ont construit un équilibre entre le travail, la prise en charge des enfants, les rentrées et sorties financières mais au moindre petit changement, elles risquent de basculer dans la pauvreté.

Vient enfin la catégorie que Wagener nomme : *parentalité à domicile*. Elle compte des personnes qui rencontrent des problèmes de santé ou des problèmes psychosociaux parfois lourds. La plupart du temps, ce sont des femmes sans formation qualifiante, ayant connu une longue période d'inactivité. Leurs chances de décrocher un emploi sont donc assez faibles. Les exigences en matière de recherche active d'emploi sont vécues comme des contraintes supplémentaires qui ne les aident pas réellement à trouver un job. Leur préoccupation majeure c'est que leur(s) enfant(s) ai(en)t un futur meilleur que le leur.

Ces femmes qui vivent de revenus de remplacement doivent assumer toutes seules la situation monoparentale (en l'absence quasi généralisée d'une quelconque participation des pères). Elles manquent de supports et de structures pour les seconder dans leurs tâches, leur laisser un peu d'espace (surtout dans le cas des mères avec des enfants qui ne sont pas encore en âge d'aller à l'école). Elles « prennent sur elles » et attendent que leurs enfants grandissent et soient autonomes pour pouvoir se consacrer à d'autres activités que l'éducation des enfants.

³² Wagener M., *La monoparentalité à Bruxelles: entre diversité des situations et réponses publiques incertaines.*, Pauvreté, Le trimestriel du Forum bruxellois de la lutte contre la pauvreté, n°2, décembre 2013, pp. 7-10.

³³ Wagener M., *La monoparentalité à Bruxelles: entre diversité des situations et réponses publiques incertaines.*, Pauvreté, Le trimestriel du Forum bruxellois de la lutte contre la pauvreté, n°2, décembre 2013, p. 8.

III. Recommandations

Nous l'avons vu dans les données présentées ci-dessus, la majorité des ménages monoparentaux sont des femmes monoparentales. Les statistiques montrent que les difficultés rencontrées dans les ménages monoparentaux sont différentes selon que le ménage soit homme monoparental ou femme monoparentale. C'est parmi les femmes monoparentales que les difficultés s'accumulent davantage (plus de bénéficiaires de l'intervention majorée, de chômage, d'incapacité de travail et de revenu d'intégration sociale) et que, dès lors, la précarité serait la plus importante.

Etant donné que la situation problématique rencontrée par les ménages monoparentaux résulte d'un cumul de difficultés (auxquelles toute personne, même non monoparentale, est susceptible d'être confrontée), il ne nous semble pas vraiment opportun de mettre en place une politique spécifique pour ces familles, mais bien de faire des propositions pour les personnes à risque de pauvreté et plus spécifiquement à destination des femmes.

Nous devons donc nous attaquer à la pauvreté et à ses causes, car le problème ce n'est pas la monoparentalité en tant que telle mais la précarité qui l'accompagne. Dès lors, ce sont majoritairement des mesures de justice sociale qu'il faut mettre en chantier, entre autres pour combattre les injustices de genre, dont les ménages monoparentaux souffrent statistiquement plus que les autres. Ces mesures touchent à l'emploi (égalité salariale, lutte contre la féminisation du temps partiel, revalorisation des emplois dans les filières « féminines »...), au logement (augmentation du nombre de logements sociaux et du nombre de logements en location dans les agences immobilières sociales, contrôle des prix des loyers...) et à la mise en place de services publics tels que l'accueil des enfants (financement de solutions collectives de garde pour les 0-3 ans, investissement dans l'accueil extrascolaire...) ou la prise en charge des personnes dépendantes.

A côté de ces mesures globales dont la concrétisation s'inscrit dans la durée, des mesures correctives concrètes permettraient d'améliorer la situation des femmes monoparentales à plus court terme en accroissant leurs revenus.

C'est dans cette optique que Solidararis – Mutualité Socialiste adopte une démarche proactive de détection des ménages monoparentaux susceptibles d'être bénéficiaires de l'intervention majorée (BIM)³⁴ –quasi exclusivement des femmes puisque le BIM est accordé sous condition de revenu. Le statut de BIM leur permettrait notamment de bénéficier d'un remboursement plus important des soins de santé et leur ouvrirait l'accès à d'autres avantages (réduction sur le prix des transports en commun, fond social chauffage...). En 2015, la réforme de l'intervention majorée permettra d'étendre cette démarche de détection proactive des BIM à toutes les mutualités.

³⁴ C'est-à-dire que Solidararis – Mutualité Socialiste recherche les ménages n'ayant qu'un seul titulaire et des enfants à charge (et effectue une recherche préalable sur les revenus) et leur adresse un courrier les invitant à se présenter auprès de la mutualité pour voir si (en fonction de leurs revenus réels) ils peuvent bénéficier de l'intervention majorée.

Comme le suggère Solidaris – Mutualité Socialiste dans sa récente étude sur l'intervention majorée³⁵, le droit automatique au statut BIM pourrait être élargi aux populations les plus précarisées. Concrètement, pour les ménages monoparentaux, les chômeurs de longue durée se verraient accorder automatiquement le statut de BIM.

Le transfert des allocations familiales dans le cadre de la 6^{ème} réforme de l'Etat est également une occasion à saisir pour lutter contre la pauvreté des femmes monoparentales. Dans un premier temps, il faudra veiller à ce que les paiements ne soient pas interrompus, afin que les familles pour qui ce revenu aide à joindre les deux bouts ne soient pas mises davantage en difficultés. Mais dans un second temps il faut songer à modifier le système pour qu'il réponde plus adéquatement aux besoins des familles. En effet, le système actuel est source d'inégalités puisque les allocations sont attribuées à toutes les familles selon le statut et non le revenu. Une allocation de base identique à tous les enfants et un supplément sur base du revenu du ménage réduiraient la pauvreté et les inégalités entre les familles.

Mais plus largement, nous revendiquons que les allocations familiales soient repensées comme une partie des « prestations à destination des familles ». C'est-à-dire qu'elles seraient le volet « prestations en espèces » qui devrait être accompagné d'un volet « prestations en services » (accueil des 0-3 ans et accueil extrascolaire). Soit par le biais d'une réorientation des budgets dégagés par la révision du montant des allocations familiales vers l'accueil des enfants, soit en dégageant d'autres budgets.

Pour augmenter le revenu des ménages monoparentaux, il est également urgent de travailler sur la question des créances alimentaires. Le récent relèvement du plafond de revenu en dessous duquel le SECAL (Service des Créances Alimentaires) peut octroyer des avances sur les pensions alimentaires non payées est positif. Le SECAL devrait pouvoir procéder à des avances pour toutes les créances concernant des enfants, quel que soit le revenu du parent gardien.

Il faudrait également concevoir une grille de calcul (modèle de référence utilisé dès qu'une pension alimentaire doit être fixée) du montant de la pension alimentaire qui tiendrait compte des besoins des enfants, des revenus et de la situation des deux parents. Cela permettrait de fixer le montant de la pension alimentaire sur base de critères plus objectifs et de manière plus transparente pour éviter au maximum les contestations et non-paiements.

Des progrès sont à faire également en matière de fiscalité. Actuellement, les mesures de déductibilité fiscale dont peuvent bénéficier les parents avantagent le parent qui verse la pension alimentaire. En effet, celui-ci peut déduire les sommes versées au titre de pension alimentaire alors que le parent qui a la garde de l'enfant ne « reçoit » qu'un montant forfaitaire d'environ 500€ (quel que soit le nombre d'enfants), loin de couvrir la charge que présente le fait d'élever un enfant seul.

Enfin, dans la littérature et lors des quelques contacts que nous avons eu avec des personnes en situation de monoparentalité (lors d'animations diverses sur le terrain³⁶ dans le cadre du travail

³⁵ http://s300cmosp2/NR/rdonlyres/1957CB1B-34CE-4A2F-BE57-061C65B7EE04/0/EtudeUNMS_StatutBIM_22042014.pdf

³⁶ Voir, notamment, le travail réalisé par le groupe des FPS du Brabant Wallon « Solidarités familles monoparentales » <http://www.femmesprevoyantes.be/SiteCollectionDocuments/Famille-Mono.pdf>

d'éducation permanente mené par les animatrices FPS), toutes une série de petits obstacles concrets semblent ressortir tels que le manque d'informations (aides accessibles, services de soutien...), l'isolement, la stigmatisation... Les données dont nous disposons offrent une vue d'ensemble de la monoparentalité mais ne nous permettent pas de connaître en détail les difficultés qui se posent au jour le jour pour ces familles ni les besoins qu'elles rencontrent. C'est pourquoi, les FPS en collaboration avec Solidaris - Mutualité Socialiste, ont décidé de poursuivre ce travail sur la monoparentalité par une étude qualitative auprès des ménages monoparentaux. L'objectif de cette prochaine recherche sera de cerner plus précisément les difficultés et besoins de ces ménages et de voir dans quelle mesure Solidaris – Mutualité Socialiste et son réseau peuvent développer des actions concrètes à leur égard.

De plus, les FPS, en collaboration avec Solidaris – Mutualité Socialiste et son réseau associatif travaillent dès à présent à la conception d'un site internet reprenant des informations pratiques à destination des ménages monoparentaux. Ce site sera accessible en septembre 2014 et son contenu pourra être enrichi par la suite en fonction des besoins dégagés par l'étude qualitative.

Chapitre IV - La contraception

I. Etat des lieux sur base des données de Solidaris – Mutualité Socialiste

*Par Leila Maron et Michel Boutsen,
Direction études de Solidaris - Mutualité Socialiste*

Les données mutualistes fournissent uniquement des informations sur les contraceptifs qui font l'objet d'une intervention financière de l'assurance-maladie (INAMI). Nous ne disposons ainsi pas des informations concernant les femmes qui utilisent des contraceptifs non remboursés. Dans les faits, la majorité des pilules de 3^{ème} génération et celles de 4^{ème} génération ne sont pas remboursées par l'INAMI pour les femmes à partir de 21 ans. Cela concerne une partie non négligeable de la consommation de pilules contraceptives. En revanche, toutes les pilules contraceptives sont remboursées pour les moins de 21 ans. En effet, depuis l'instauration de la mesure contraception-jeunes en 2004, qui avait pour objectif d'améliorer l'accès aux moyens de contraception et d'éviter les grossesses non désirées chez les jeunes³⁷, toute jeune fille de moins de 21 ans obtient une réduction complémentaire de 3 € par mois de contraception³⁸. Tous les moyens de contraception prescrits sont concernés, soit les pilules, les stérilets, les patches, les anneaux vaginaux et les implants. Cette intervention s'ajoute au remboursement éventuel prévu par l'assurance obligatoire qui peut aller jusqu'à une diminution du coût de 20% pour certaines pilules. Grâce à cette mesure, certaines pilules (surtout les pilules de la 2^{ème} génération et les pilules génériques de la 3^{ème} génération) deviennent gratuites. En outre, grâce à des subsides régionaux, les centres de planning familial peuvent distribuer gratuitement des pilules contraceptives ou des pilules du lendemain dans le cadre de consultations médicales.

Dans cette étude, nous limitons l'analyse aux pilules contraceptives dans la mesure où elles représentent le moyen de contraception le plus utilisé en Belgique. Une enquête³⁹ réalisée en 2010 par Solidaris – Mutualité Socialiste montre que 78% des jeunes de 20 à 30 ans utilisent la pilule comme moyen de contraception et que la pilule contraceptive est utilisée dans 76% des cas comme premier moyen de contraception.

De plus, étant donné le biais dû au fait que les données mutualistes concernent uniquement les contraceptifs remboursés par l'assurance maladie et la difficulté de mesurer la couverture pour les femmes âgées de plus de 20 ans (puisque la majorité d'entre elles ne bénéficient pas d'une intervention de l'INAMI), nous nous concentrons sur les tranches d'âge pour lesquelles on dispose d'observations complètes : les jeunes filles de moins de 21 ans.

³⁷ Selon une enquête sur la sexualité des jeunes, réalisée en 2009 par Solidaris – Mutualité Socialiste, 38% des jeunes âgés entre 15 et 29 ans ont déjà connu la crainte d'une grossesse non désirée suite à un rapport non protégé.

³⁸ La liste reprenant les contraceptifs pour lesquels une intervention supplémentaire est prévue et le montant de cette intervention est disponible sur le site de l'Institut National de l'Assurance Maladie-Invalidité : <https://www.inami.be/citizen/fr/medical-cost/specific/contraceptions/index.htm>

³⁹ Solidaris – Mutualité Socialiste, 2010, « Les femmes et la contraception – Enquête », Direction Marketing.

A. Evaluation de la mesure contraception-jeunes et recommandations de l'Agence Intermutualiste

En 2009, l'Agence Intermutualiste a évalué la mesure contraception jeunes en matière de consommation, de coûts et d'évolution des grossesses chez les jeunes filles de moins de 21 ans⁴⁰ sur base des données de toutes les mutualités belges.

Il ressort que le bilan est mitigé en ce qui concerne le système de remboursement des contraceptifs pour les filles de moins de 21 ans : le nombre de jeunes filles ayant eu recours à (au moins) un des contraceptifs remboursés est passé de 22% en 2003 à 32% en 2007. Par contre, la pilule est le moyen de contraception le plus utilisé (dans 93% des cas), en particulier les pilules de 3^{ème} génération (81%) alors que seules les pilules de 2^{ème} génération sont gratuites (hormis les pilules génériques arrivées sur le marché par la suite). L'étude montre également de fortes variations au niveau du prescripteur : par exemple, la majorité des pilules de 2^{ème} génération (83%) sont prescrites par des médecins généralistes.

Cependant l'accessibilité financière de la contraception n'est pas garantie :

- Les jeunes filles défavorisées sont proportionnellement moins nombreuses (30% contre 32%) à consommer des contraceptifs remboursés.
- Les pilules « gratuites » sont peu prescrites (15%) alors que les pilules chères représentent 38% de la consommation (les 47% restants sont des pilules bon marché). Or, un des objectifs de la mesure contraception-jeune était également de « stimuler les médecins à prescrire des pilules meilleure marché conformes à des recommandations de bonne pratique ». Quelle que soit la génération de la pilule, les patientes ont intérêt à privilégier les génériques car ils reviennent toujours moins chers que les spécialités originales.
- Le remboursement de la pilule n'est effectué que si cette dernière a été prescrite, ce qui implique un coût lié à la consultation.

Le bilan est donc mitigé : « *dans sa formule actuelle, elle [la mesure contraception-jeunes] n'atteint que partiellement ses objectifs et n'apparaît pas efficiente, ce qui n'a toutefois pas empêché sa reconduction* »⁴¹.

Les auteurs de cette évaluation recommandent dès lors de rendre gratuit l'accès à la contraception en appliquant, comme en France, le tiers-payant sur la part des dépenses prises en charge par l'assurance maladie pour les consultations et les examens biologiques nécessaires à la contraception ainsi que le remboursement à 100% des contraceptifs remboursables délivrés en pharmacie sur prescription médicale. Une autre alternative pour garantir l'accès aux pilules gratuites serait d'introduire le droit de substitution pour les contraceptifs au niveau des pharmaciens ou de rendre possible la prescription en dénomination commune internationale (DCI) en formulation plus simple (pilule X^{ème} génération par exemple).

Outre l'aspect financier, les freins au recours au moyens de contraception peuvent être d'ordre culturel, psychologique, ... Il est dès lors important d'investir dans des politiques de prévention sur les grossesses

⁴⁰ Agence intermutualiste, « La mesure contraception-jeunes. Rapport final 2004-2007 », p. 57, 2009.

⁴¹ Remacle et al., « La contraception des jeunes », *Education Santé*, n° 273, décembre 2011.

précoces et sur l'accès aux contraceptifs adaptés aux différents publics cibles mais également d'informer les prestataires de soins, les enseignants, etc.

B. La couverture contraceptive orale après 2007

En 2012, selon les données de Solidaris – Mutualité Socialiste, plus de 60.000 femmes âgées entre 14 et 49 ans se sont vues délivrées au moins un contraceptif oral (Tableau 1). Cela représente 8,2% de la population affiliée à notre mutualité.

La majorité d'entre elles, soit plus de huit femmes sur dix (81,5%), utilise une pilule de 3^{ème} ou 4^{ème} génération alors qu'un grand nombre de ces pilules font l'objet d'un moindre remboursement de la part de l'assurance maladie pour les plus de 20 ans et que le risque de thrombose est plus élevé. En effet, même si le risque d'accident vasculaire reste rare, il est plus élevé pour les pilules de 3^{ème} et 4^{ème} génération. Ainsi, pour une femme non utilisatrice de pilule, le risque de thrombose est de 0,5 à 1 cas pour 10.000 femmes alors que le risque est doublé avec les pilules de 2^{ème} génération et multiplié par trois ou quatre avec les pilules de 3^{ème} ou 4^{ème} génération⁴².

Tableau 1 - Nombre d'affiliées âgées entre 14-49 ans traitées selon le type de contraceptif oral

Type de pilule	Nombre d'affiliées traitées	Part dans le total d'affiliés traités
1 ^{ère} ou 2 ^{ème} génération	6.754	11,2%
3 ^{ème} ou 4 ^{ème} génération	49.335	81,5%
Autres	4.461	7,4%
Total	60.550	100,0%

Source : Solidaris – Mutualité Socialiste, 2012

Nos données montrent une diminution de la couverture orale ces dernières années. Parmi les 14-20 ans, la proportion des femmes s'étant vue délivrées au moins une fois un contraceptif oral remboursé dans l'année est passée de 43,1% en 2008 à 36,3% en 2012 (Tableau 2).

⁴² Centre Belge d'Information Pharmacothérapeutique (CBIP), 2013, « Risque de thromboembolie veineuse avec les contraceptifs estroprogestatifs contenant du désogestrel, de la drospirénone ou du gestodène: aucune raison de paniquer ? », article paru le 16 janvier 2013, disponible sur <http://www.cbip.be/nieuws/index.cfm?welk=562>.

Tableau 2 - Nombre d'affiliées âgées entre 14-20 ans traitées par contraceptif oral ⁴³

	% d'affiliées 14-20 ans traitées
2008	43,1%
2009	43,1%
2010	42,5%
2011	41,2%
2012	36,3%

Source : *Solidaris – Mutualité Socialiste, 2012*

Ces résultats sont interpellants : comment expliquer la diminution de la proportion de femmes sous contraceptif oral (remboursé) ces dernières années ? S'agit-il d'un changement de moyen de contraception, d'un abandon du traitement de contraception orale, de la commercialisation de nouvelles pilules ou conditionnements pour lesquels les firmes pharmaceutiques ne demandent pas l'entrée dans le système de remboursement par l'assurance maladie obligatoire, du déremboursement par l'assurance maladie de certains moyens de contraception pour les plus de 20 ans ou encore une modification de traitement d'une pilule remboursée vers une pilule non remboursée ?...

Nous ne sommes pas en mesure d'y répondre sur base de nos données car elles ne donnent qu'une vue partielle de la couverture contraceptive orale, soit uniquement les contraceptifs remboursés par l'assurance maladie.

Plusieurs études récentes⁴⁴ montrent cependant que la consommation de pilules a baissé en Belgique et en France suite aux débats qui ont eu lieu à propos de la pilule Diane 35. Ce sont surtout les pilules de 3^{ème} et 4^{ème} générations qui sont visées. Selon les données de l'Union des pharmaciens, en Belgique, 85.000 boîtes de pilules de 3^{ème} génération étaient vendues en mars 2013 contre 120.000 en mars 2011. Cela représente une baisse de 29% en deux ans. Il en est de même pour les pilules de 4^{ème} génération dont les ventes sont passées des 60.000 à 40.000 boîtes. L'affaire Diane 35 a ainsi contribué à renforcer le recul du recours à la pilule observé depuis le début des années 2000 (-14% en France). L'étude « Fecond 2013 » réalisée par l'Institut national d'études démographiques (INED) et l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) souligne que c'est la contraception orale dans son ensemble qui est remise en question. Les femmes qui prenaient ce type de pilule ne se sont pas tournées vers d'autres générations mais elles ont opté pour d'autres moyens de contraception : une femme sur cinq a changé de moyen contraceptif depuis la couverture médiatique de cette affaire.

⁴³ L'écart entre les données Solidaris – Mutualité et celles de l'Agence Intermutualiste s'explique principalement par l'étendue de la catégorie d'âge visée et le type de contraceptif. L'Agence Intermutualiste a analysé la contraception parmi les jeunes femmes de 12 à 20, tandis que nous n'avons sélectionné que les jeunes femmes de 14 à 20 ans. De plus, nous avons centré notre analyse sur les contraceptifs oraux tandis que l'étude de l'Agence Intermutualiste tient compte de tous les contraceptifs.

⁴⁴ Voir notamment : Institut national d'études démographiques (INED), 2014, « La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif ? », Population et Société, n°511, Mai 2014, disponible sur http://www.ined.fr/fichier/t_publication/1685/publi_pdf1_population_societes_2014_511_crise_pilule.pdf
Le Soir, 2014, « La pilule fait peur aux Belges », 17 Mai 2014.

Parmi les 14-20 ans, plus de 45.000 jeunes filles ont utilisé un contraceptif oral remboursé (Tableau 3). Ainsi, près d'une jeune fille sur trois s'est vue délivrée une pilule en 2012. Cette proportion augmente en fonction de l'âge : la part des affiliés sous contraceptif oral (remboursé) est de 8,7% parmi les affiliés de 14 ans et dépasse la barre des 50% parmi celles âgées de 20 ans. Plus d'une affiliée de 20 ans sur deux prend ainsi la pilule.

Tableau 3 : Proportion d'affiliées utilisant une pilule contraceptive par âge parmi les affiliées âgées entre 14-20 ans

Classe d'âge	Nombre d'observations (population totale)	Nombre d'affiliées traitées	% d'affiliées traitées
14 ans	17.303	1.505	8,7%
15 ans	17.813	3.438	19,3%
16 ans	17.563	5.813	33,1%
17 ans	17.075	7.257	42,5%
18 ans	17.233	8.324	48,3%
19 ans	18.396	9.088	49,4%
20 ans	19.308	9.944	51,5%
Total	124.692	45.369	36,3%

Source : Solidaris – Mutualité Socialiste, 2012

Il ressort donc que notre analyse est fortement limitée par les données disponibles sur la période étudiée, nous ne pouvons donc pas réellement conclure sur cette problématique. C'est pourquoi une enquête a été réalisée par les Centres de Planning Familial (voir seconde partie de ce chapitre). Cette enquête vise à évaluer l'accessibilité aux moyens de contraception et si les conditions socio-économiques des femmes influencent leur parcours contraceptif.

II. Influence des conditions socio-économiques sur le parcours contraceptif

*Par Sophia Mesbahi et Laura Dufey,
Fédération des Centres de Planning Familial des FPS*

La question de la contraception, véritable symbole de la libération des femmes⁴⁵, est une thématique récurrente sur laquelle travaillent les FPS et leur Fédération de centres de planning familial (FCPF-FPS). Après une revue de la littérature, il nous est apparu que les enquêtes existantes concernant le parcours contraceptif des femmes étaient plutôt d'ordre quantitatif. Le but principal de ces enquêtes était de savoir par quels types de contraception passaient les femmes, de leur premier contraceptif à la ménopause. Peu d'études abordaient la raison de ces choix et quelle est finalement l'importance du facteur financier. C'est dans cette optique que nous avons débuté notre enquête sur le parcours contraceptif des femmes. Nous avons opté pour des entretiens qualitatifs afin d'approfondir les déterminants de ce parcours féminin : pour quel contraceptif optent-elles ? Comment font-elles ces choix ? Quelles sont leurs sources d'information et/ou d'influence ? Y a-t-il une différence en fonction du statut socio-économique des femmes ? Voici quelques questions qui ont guidé notre enquête. Après un bref état de la situation en Belgique et une explication de la méthodologie, nous analyserons les hypothèses testées auprès de notre public pour conclure par quelques pistes de réflexion.

A. La contraception aujourd'hui en Belgique

La contraception féminine, c'est la possibilité pour la femme de distinguer sexualité et reproduction. Cela permet de contrôler sa fécondité et donc de garantir liberté et choix, qui font partie d'un sentiment de bien-être, pris en considération par l'OMS⁴⁶ dans sa définition de la santé. Au-delà de cette fonction première, les femmes trouvent d'autres avantages aux moyens contraceptifs : régulation du cycle menstruel, réduction du stress de tomber enceinte, amélioration de la qualité de vie... (La Mutualité Socialiste, 2010).

Pourtant, malgré les interventions de l'Etat et des mutuelles, la contraception a toujours un coût pour certaines femmes en Belgique. Elle reste également, dans la plupart des cas, assumée financièrement par les femmes uniquement (Lalman, 2010). Or, « les femmes sont davantage confrontées à la précarité que les hommes »⁴⁷. Une double responsabilité pèse donc sur les femmes, qui sont garantes de la contraception dans le couple et qui, en plus, payent l'addition.

En 2004, le Ministre fédéral des Affaires sociales mettait en place une « mesure contraception », favorisant l'accès à la contraception des jeunes. Ce dispositif permettait aux personnes de moins de 21 ans de bénéficier d'une intervention dans l'achat de leur contraceptif (cf. évaluation de la mesure dans la première partie de ce chapitre). Le 1^{er} octobre 2013, ce remboursement est devenu structurel⁴⁸. L'arrêté

⁴⁵ Selon l'enquête « Les femmes et la contraception » de la Mutualité socialiste, 98% des femmes considèrent que la contraception féminine joue/a joué un rôle important dans la libération des femmes.

⁴⁶ <http://www.who.int/about/definition/fr/print.html>, consulté le 17 décembre 2013.

⁴⁷ http://www.lalibre.be/actu/belgique/precarite-et-pauvrete-ont-un-sexe-feminin-51b734efe4b0de6db975_a6f5, consulté le 17 décembre 2013.

⁴⁸ Arrêté royal du 16-09-2013, http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi/article_body.pl?language=fr&caller=summary&pub_date=13-09-20&numac=2013022482, consulté le 26 novembre 2013.

royal prévoit également un meilleur remboursement des contraceptifs de longue durée, comme le stérilet ou l'implant.

Bien sûr, la pérennisation et l'amélioration de cette « mesure contraception » est un signal positif. Cependant, il est dommage que ce remboursement se limite aux jeunes filles jusque 21 ans. Il faut donc envisager l'élargissement de la mesure à toutes les femmes et prioritairement aux plus précarisées.

B. Méthodologie

a. Revue de la littérature

La revue de la littérature a été réalisée au premier semestre 2013. Elle a ensuite fait l'objet d'une publication intitulée « Femmes et contraception : quel véritable choix ? »⁴⁹.

1) Influences dans le choix contraceptif des femmes

Dans l'enquête « Femmes et contraception » de Solidararis - Mutualité Socialiste⁵⁰, les femmes interrogées étaient 88% à utiliser un moyen contraceptif. Elles étaient 74% à avoir été influencées par leur médecin (généraliste ou gynécologue) pour le choix du contraceptif. Bajos et al. (2012) expliquent que les femmes plus précarisées voient plus souvent un médecin généraliste qu'un gynécologue. Ce constat se répercute sur la pratique contraceptive des femmes : celles suivies par un généraliste vont davantage utiliser la pilule tandis que celles suivies par un gynécologue utiliseront plus des contraceptifs de longue durée comme le stérilet ou l'implant.

Selon l'enquête Femmes et contraception de Solidararis - Mutualité Socialiste (2010), la pilule contraceptive, le stérilet et le préservatif sont relativement bien connus des femmes (entre 85 et 95% de connaissance, ne serait-ce que de nom) mais les autres types de contraceptifs semblent méconnus.

55% des femmes interrogées dans cette enquête utilisaient la pilule contraceptive et 55% d'entre elles ignoraient qu'il existe différentes générations parmi celles-ci. Seules 4% des femmes ont pu dire de quelle génération était leur pilule. Or, notamment selon la génération, il y a (entre autres) des différences de prix qui peuvent être importantes.

Ces informations nous amènent à relever différents constats :

1. Les médecins ont une place importante dans le choix que posent les femmes en termes de contraception
2. Les femmes ne sont pas bien informées sur les contraceptifs de manière générale

Lara Lalman (2010) affirme que les femmes sont dans un non-choix. Pour elle, la contraception est soumise aux normes dictées par le corps médical : les médecins ont tellement répété les mêmes gestes concernant la contraception que ces gestes sont devenus une norme. Il existe également beaucoup

⁴⁹ Dufey L., « Femmes et contraception : quel véritable choix ? », analyse des Femmes Prévoyantes Socialistes, Bruxelles : 2013.

⁵⁰ Mutualité socialiste, « Les femmes et la contraception », conférence de presse, Bruxelles : 2010.

http://www.mutsoc.be/NR/rdonlyres/9DA7FA52-9599-4F74-849C-15EBA22D23E7/0/enquetecontraceptio_nv2low.pdf, consulté le 15 octobre 2013.

d'idées reçues autour de la contraception qui font que les médecins et les femmes s'inscrivent dans des comportements normalisés. Par exemple, un médecin pourrait ne pas parler de l'anneau vaginal à une jeune fille, présumant qu'elle aura des réticences à mettre un doigt dans le vagin pour insérer l'anneau. Une norme contraceptive semble bien en place dans notre société⁵¹. Celle-ci empêche bien souvent les femmes de s'informer de manière neutre et objective sur le moyen de contraception qui leur convient le mieux par rapport à leur situation (antécédents médicaux, prix, fréquence d'administration...). D'autant plus que les alternatives aux contraceptifs hormonaux semblent peu diffusées, entre autres, pour des raisons d'économie de marché (Lalman L., 2010).

2) Spécificité du choix contraceptif selon le statut socio-économique

Historique

Au fil des ans, les différences socio-économiques se sont marquées de manières différentes au niveau de la contraception.

Au début des années 1980, les femmes les plus favorisées utilisaient davantage la pilule et le stérilet que les autres. Dans les années 1990, l'utilisation de la pilule s'équilibre entre les différentes couches sociales. Le stérilet a suivi la même tendance vers la fin des années 90 (Bajos et al., 2012).

Début des années 2000, les inégalités se creusent autour du type de pilule utilisé. En effet, les femmes ayant plus de facilités financières utilisent plus souvent les pilules de 3^{ème} génération (non remboursées). Les femmes plus défavorisées optent quant à elles plus souvent que les autres pour l'implant comme moyen de contraception (Bajos et al., 2012).

De manière générale, les femmes plus aisées semblent plus réceptives aux nouveaux produits lorsqu'ils apparaissent sur le marché et les utilisent davantage que les femmes moins favorisées (Bajos et al., 2012).

A ce sujet, rappelons que les nouveaux produits ne sont pas forcément « mieux » que les anciens. Prenons l'exemple des pilules de 3^{ème} génération, qui ont comme but, entre autre, de réduire l'acné et la prise de poids mais qui dans le même temps apportent d'autres effets secondaires, parfois néfastes pour la santé⁵².

Spécificité des femmes selon leur statut socio-économique

Malgré une littérature assez pauvre concernant les spécificités en matière de choix contraceptifs chez les femmes en fonction de leur statut socio-économique, quelques constats peuvent être observés.

Selon Bajos et al. (2012), les femmes qui sont dans une situation financière difficile vont plus souvent que les autres ne pas utiliser de contraceptif. Elles sont également moins enclines à utiliser une contraception d'urgence (Jewell et al., 2000).

Les femmes sous contraceptif avec un diplôme d'études primaires ou sans diplôme semblent privilégier la pilule contraceptive. Les femmes qui ont un diplôme d'études supérieures utilisent quant à elles davantage le stérilet (Lalman L., 2010).

⁵¹ Lire aussi Dufey L., «Boudé, le stérilet ? », Bruxelles : 2013.

⁵² Notamment, un risque deux fois plus élevé d'accidents thrombo-emboliques veineux et d'accidents vasculaires cérébraux.

Concernant les jeunes femmes (- de 21 ans)

En Belgique, les grossesses adolescentes sont la plupart du temps liées à une situation de précarité sociale et le recours à des soins liés à l'avortement est plus marqué parmi les jeunes femmes à faibles revenus financiers (Beghin et al., 2006). Corcoran et al. (2000) émettent l'hypothèse que le manque d'accès aux soins, à des services de santé et à des moyens de contraception rend les jeunes de milieux socio-économiques bas plus vulnérables au risque de grossesses non désirées⁵³.

Comme mentionné en première partie de ce chapitre, le rapport de l'Agence Intermutualiste concernant la mesure contraception-jeunes (2009) montre que les jeunes filles les plus défavorisées sont proportionnellement moins nombreuses à consommer des contraceptifs remboursés. Les pilules gratuites leur sont globalement peu prescrites, tandis que les plus coûteuses le sont davantage.

La revue de la littérature montre donc que les femmes plus favorisées sont plus souvent sous contraceptif, consomment davantage les nouveaux produits et sont plus enclines à avoir recours au stérilet.

Les femmes plus précarisées utilisent quant à elles moins de contraceptifs et de pilules du lendemain. Elles optent plus facilement pour la pilule et sont proportionnellement moins nombreuses à consommer des contraceptifs remboursés.

Le statut socio-économique des femmes semble donc bien influencer leur comportement en matière de choix contraceptif.

b. Question de départ

La question de départ a été établie en fonction de notre objectif de recherche et de la revue de la littérature. En tant que mouvement féministe de gauche, les déterminants socio-économiques nous intéressent particulièrement lorsque nous cherchons à comprendre un phénomène. La précarisation de la société et plus spécifiquement celle des femmes nous a incitées à nous pencher sur l'accessibilité financière des contraceptifs et la liberté de choix des femmes. Nous avons finalement retenu la question suivante : « Les conditions socio-économiques des femmes vont-elles influencer leur parcours contraceptif ? »

c. Hypothèses

Les hypothèses que nous avons décidé de tester sont les suivantes :

- Les conditions socio-économiques des femmes restreignent leurs choix en matière de contraception ;
- Un changement dans la condition socio-économique va induire un changement de contraception ;
- Le prix est un critère significatif mais secondaire dans le choix d'un contraceptif.

⁵³ Berrewaerts J. et Noirhomme-Renard F., « Les grossesses à l'adolescence : quels sont les facteurs explicatifs identifiés dans la littérature ? », Louvain-la-Neuve : 2006, <http://www.uclouvain.be/cps/ucl/doc/reso/documents/Dos40.pdf>, consulté le 17 décembre 2013.

d. Indicateurs

Deux concepts sont ressortis de ce début de recherche : la condition socio-économique et le choix contraceptif. Plusieurs indicateurs ont ensuite été épinglés.

Concept : condition socio-économique

Indicateurs :

- Revenus
- Contrat de travail/chômage/CPAS
- Personne isolée ou pas
- Personnes à charge
- Dettes
- Séparation(s)

Concept : choix contraceptif

Indicateurs :

- Critères de choix (écologiste/naturaliste, efficacité, santé, facilité, conformisme, économique, confort...)
- Sources d'informations (médecin, entourage proche (amis, famille), médias, publicité...)

e. Entretiens

Fin juin 2013 et durant les mois d'été, nous avons diffusé l'avis ci-dessous. Il a été publié sur notre site internet www.planningsfps.be ainsi que sur notre page Facebook et relayé par des associations et personnes de notre réseau. Il a également été diffusé dans les newsletters de nos partenaires. De plus, les Centres de Planning Familial des FPS ont affiché l'avis dans leurs salles d'attente.

« VOTRE HISTOIRE NOUS INTERESSE !

Dans le cadre d'une étude sur la *Santé des Femmes*, la Fédération des Centres de Planning Familial des Femmes Prévoyantes Socialistes recherche des femmes pour parler de leur parcours contraceptif.

Il s'agit d'une courte interview confidentielle (les résultats seront traités de manière anonyme) d'environ 30 minutes qui se déroulera dans le lieu de votre convenance (à domicile, sur votre lieu de travail, dans nos bureaux à Bruxelles...). Ces rencontres s'organiseront durant juillet et août.

Intéressée ? Des questions ? Vous pouvez prendre contact avec Laura Dufey au 02/515 17 68 ou par mail laura.dufey@mutsoc.be.

Merci d'avance pour votre aide. »

20 femmes, de 23 à 59 ans, résidant en Wallonie ou à Bruxelles, ont répondu à l'appel. La majorité faisait partie de la classe moyenne⁵⁴ et environ 75% des personnes entendues étaient déjà passées par des périodes financièrement plus difficiles dans leur vie (séparation, chômage, emploi précaire...).

⁵⁴ Il s'agit des populations « qui se situent entre les 30 % les plus démunis et les 20 % les mieux rémunérés » (www.inegalites.fr).

Dans un deuxième temps, il a été décidé d'élargir l'échantillon à un public potentiellement plus précaire. Dans le courant du mois de mars 2014, cette annonce a donc été diffusée au sein de l'Organisme d'Insertion Socio-Professionnelle *Le Piment* à Molenbeek. 12 femmes ont répondu favorablement et ont participé à l'enquête. Celles-ci étaient âgées de 22 à 48 ans, avec ou sans enfants, d'origines et de nationalités diverses (Belgique, Maroc, Moldavie, Congo et Guinée). Toutes suivent actuellement des formations qualifiantes (alphabétisation, français, informatique, travail de bureau).

C. Analyse des entretiens et vérification des hypothèses

a. Hypothèse 1 : les conditions socio-économiques des femmes restreignent leurs choix en matière de contraception

Dans les 32 entretiens réalisés, l'aspect financier comme critère de choix de contraception a été soulevé par 20 femmes. En comparaison, la santé a été citée par 27 femmes, le « confort » a été cité par 28 femmes, les effets secondaires bénéfiques par 19 femmes et l'efficacité/la fiabilité par 26 d'entre elles. L'aspect financier arrive donc seulement en 5^{ème} position parmi les critères de choix.

Notons que, peu importe leur condition socio-économique, la contraception est considérée par les femmes comme un frais incompressible, une dépense nécessaire qui ne peut être remise en cause pour des raisons d'argent.

Nous n'avons pas remarqué de grandes différences entre les femmes dans l'évolution du parcours contraceptif : le modèle dominant reste un début avec la pilule suivi du stérilet (après un éventuel accouchement), et souvent avec un passage par le préservatif.

Toutes les femmes de l'échantillon semblent s'être interrogées à différents moments de leur vie sur l'adéquation de leur contraception et beaucoup ont déploré des effets secondaires. Toutefois, nous avons pu constater qu'elles réagissaient différemment face à ces questions ou constats. En effet, les entretiens révèlent que les femmes « universitaires » ou ayant fait des études ont cherché à questionner leur médecins, elles ont parfois changé de médecin si elles ne se sentaient pas écoutées, elles ont cherché des informations (brochures, magazines, ...). Certaines ont essayé plusieurs pilules pour essayer de supprimer les effets secondaires, quelques-unes ont essayé d'autres méthodes (implant, patchs...). Elles ont donc pris l'initiative de ces changements.

En revanche, les femmes de l'échantillon qui n'ont pas fait d'études, même si elles se sont elles aussi interrogées sur l'adéquation de leur contraception et ont parfois eu des effets secondaires, elles n'ont presque jamais pris d'initiative pour changer de contraceptif. Elles ont exprimé une méconnaissance des divers contraceptifs à leur disposition, une méconnaissance des lieux ou personnes où elles pouvaient parler de leurs inquiétudes ou de leurs désagréments.

Il nous semble ainsi que, pour répondre à notre hypothèse, ce ne sont pas les conditions socio-économiques qui vont le plus restreindre les choix en matière de contraception mais bien la « précarité culturelle » qui fait que certaines femmes n'ont pas accès à une information qui leur permette d'exprimer un choix.

b. Hypothèse 2 : un changement dans la condition socio-économique va induire un changement de contraception

21 femmes sur 32 ont mentionné des moments difficiles d'un point de vue financier, qu'il s'agisse d'une situation actuelle ou survenue au cours de leur vie. La majorité d'entre elles ont rencontré des changements dans leur condition socio-économique, à différents moments dans leur vie⁵⁵. Aucune d'entre elles n'a modifié son contraceptif pour cette raison. Par contre, nous avons observé que certaines femmes mettent en place des stratégies pour pallier les éventuelles difficultés. Par exemple, avoir une boîte de contraceptif d'avance pour faire face aux mois difficiles, diminuer certaines dépenses pour pouvoir payer le contraceptif, connaître le centre de planning le plus proche pour pouvoir être dépannée en cas de besoin, utiliser des préservatifs, emprunter de l'argent à des proches, etc.

Madame S. a « toujours une boîte de contraception d'avance en cas de mois difficile ».

Madame E. est déjà passée par des moments plus difficiles financièrement parlant. Elle n'a cependant jamais remis en question sa contraception car « un enfant coûte plus cher ».

Madame S. précise également : « je sais aussi qu'en cas d'urgence, je peux aller au centre de planning familial demander une plaquette. »

Lorsqu'il y a changement de contraceptif, nous avons observé que les raisons invoquées étaient plutôt des effets secondaires indésirables ou des effets secondaires bénéfiques espérés mais inexistantes. Comme évoqué précédemment, les choix contraceptifs sont posés selon des critères de santé (24 femmes), de confort (28 femmes), d'effets secondaires bénéfiques (mentionné par 13 femmes), d'efficacité (cité par 29 femmes), économiques (nommé par 18 femmes), d'inexistence d'effets secondaires indésirables (15 femmes). Le fait que le contraceptif soit à court ou long terme a été mentionné par 5 femmes et le contexte de vie de la personne a été cité par 8 femmes.

Madame P. a connu beaucoup de changements de contraception. Elle nous explique que tel type de pilule lui donnait des maux de ventre et de tête. Une autre marque lui donnait « le cafard », avec une autre encore, elle attrapait de l'acné dans les cheveux.

Un changement contraceptif ne sera donc pas prioritairement induit par un changement dans la condition socio-économique de la femme mais plutôt par des effets secondaires inappropriés.

c. Hypothèse 3 : le prix est un critère significatif mais secondaire dans le choix d'un contraceptif

L'aspect financier d'un contraceptif est important de manière générale mais n'est pas le critère prioritaire. La majorité des femmes interrogées nous font part de l'importance qu'un contraceptif ne soit pas trop cher mais elles relatent surtout qu'être protégée par un contraceptif est plus important.

Les critères de choix d'un contraceptif les plus souvent évoqués sont les effets secondaires bénéfiques⁵⁶, les critères de santé⁵⁷ et le confort⁵⁸. Le prix est donc secondaire⁵⁹.

⁵⁵ Séparation, divorce, chômage, changement de statut CPAS, enfants à charge...

⁵⁶ Diminution des douleurs, de l'acné, des maux de tête, régulation du cycle, aménorrhée...

⁵⁷ Pas d'effets néfastes pour la santé, pas d'influence hormonale, système plus naturel, mécanique, protection contre les IST...

⁵⁸ Comparaison avec le préservatif qu'elles trouvent inconfortable, avantages pratiques comme par exemple pouvoir enchaîner 2 plaquettes et ne pas avoir de menstruation pendant une période, ne pas devoir penser à la contraception, le contraceptif qui rentrer dans les habitudes, simplicité d'utilisation, intervention du médecin ou pas...

⁵⁹ Pour plus d'informations sur l'indicateur "critère de choix", voyez la p. 11 de ce rapport.

Madame A. relate que passer de la pilule au stérilet n'était pas du tout un choix financier bien qu'à posteriori, elle se dit que ça avait un effet, d'autant plus qu'elle n'avait plus de règles et donc elle économisait aussi sur les tampons !

Madame D. est passée par une période financièrement plus difficile suite à une séparation. C'est à ce moment-là qu'elle a changé son contraceptif pour le stérilet. Le coût minime sur le long terme a influencé sa décision même si cela n'était pas la raison principale. Madame D en avait marre d'oublier sa pilule et de devoir y penser tous les soirs et puis elle s'est dit « et en plus, ça me coutera moins cher ! ».

Madame L. savait « que la pilule jouait sur le cycle menstruel (douleurs, abondance...) » et se disait qu'en même temps elle aurait « l'esprit tranquille en cas de rapports sexuels ».

Bien que le coût ne soit pas un critère prépondérant dans le choix du contraceptif, bon nombre de femmes se sont exprimées sur le prix trop élevé, selon elles, des contraceptifs. Certaines d'entre elles ont spontanément évoqué la nécessité d'aides financières plus importantes voire de la gratuité des moyens de contraception.

D. Conclusion

L'accès à la contraception participe à la construction de relations affectives et sexuelles égalitaires et épanouissantes. En effet, grâce aux moyens contraceptifs, les femmes peuvent bénéficier d'une sexualité libérée puisque la relation sexuelle n'est plus obligatoirement pensée en termes de reproduction. Toutefois, il existe encore des disparités quant à son accessibilité, toutes les femmes ne sont pas égales devant la contraception en raison de leur situation socio-économique.

L'hypothèse selon laquelle les conditions socio-économiques des femmes restreignent leur choix en matière de contraception se vérifie à moitié. Il semblerait que le rapport à la contraception soit plutôt le fait de la précarité culturelle : les femmes peu diplômées ont une moins bonne connaissance des moyens contraceptifs et n'ont pas les ressources suffisantes pour décider d'en changer lorsqu'elles rencontrent des effets secondaires.

La seconde hypothèse ne se vérifie pas. Un changement dans la situation socio-économique n'induit pas de changement de contraceptif. Les frais de contraception sont généralement perçus comme des frais indispensables et ne sont pas remis en question. En cas de difficultés économiques, d'autres types de dépenses seront diminués et des stratégies seront mises en place pour poursuivre la contraception. A cette occasion, certains soins de santé hors contraception peuvent d'ailleurs être reportés. Le cas échéant, certaines femmes (uniquement celles qui fréquentent les CPF) savent qu'elles peuvent se rendre dans un centre de planning familial pour obtenir une plaquette de pilules. De prime abord, ce constat est positif et témoigne d'un comportement responsable des femmes vis-à-vis de la contraception. Pourtant, il met également en lumière la double contrainte qui pèse sur les femmes de manière générale. En effet, ce sont elles qui portent à la fois la responsabilité de la contraception et qui supportent seules sa charge financière. Quand des difficultés d'ordre socio-économique se présentent au sein du ménage, les dépenses des femmes sont souvent les premières à être réduites.

La troisième hypothèse suggérait que le prix est un critère significatif mais secondaire dans le choix d'un contraceptif. Celle-ci est bien rencontrée. En effet, la plupart des femmes interviewées nous ont affirmé

l'importance qu'un contraceptif ne soit pas trop cher mais ce n'est généralement pas le seul critère de choix.

Finalement, le parcours contraceptif des femmes ne semble pas directement influencé par leur condition socio-économique. **Quel que soit leur niveau de vie, les femmes interrogées s'accordent sur un point : la contraception est prioritaire.** Pour elles, il est indispensable d'équilibrer le budget du ménage en fonction de cette dépense non négociable, trouver des stratégies pour avoir toujours accès à leur contraception.

La contraception étant un élément capital dans la vie des femmes et symbolisant leur émancipation, il est primordial d'en garantir l'accès.

III. Recommandations

Nos revendications en matière de contraception :

1. La mesure Demotte qui visait l'accessibilité financière de la contraception pour les jeunes est devenue structurelle en octobre 2013. Il est grand temps à présent que l'INAMI étudie la faisabilité **d'élargir cette mesure d'accessibilité financière à toutes les femmes et prioritairement aux plus précarisées** (statut BIM/Omnio/AMU⁶⁰).
2. Il est également important de garantir la transparence des produits pharmaceutiques, de mettre à disposition des femmes et des prescripteurs des **informations claires afin de faciliter le choix éclairé des femmes pour prévenir les grossesses non désirées.**
3. Il est essentiel **d'organiser régulièrement des campagnes d'information** à propos de la contraception et des grossesses désirées ou non en responsabilisant également les hommes. Ces campagnes doivent se faire en collaboration avec les fédérations de planning familial et les autres parties concernées⁶¹.
4. Il faut veiller à **l'intégration rapide et effective de l'EVRAS**⁶² par toutes les écoles afin de sensibiliser les jeunes aux relations égalitaires entre partenaires. Une évaluation régulière des actions devrait être mise en place par les différents pouvoirs organisateurs et par les gouvernements. Cette évaluation se doit d'être qualitative et quantitative et réalisée avec l'ensemble des acteurs concernés.
5. Dans le cadre de l'adoption d'un nouveau décret pour le secteur planning en Wallonie, la mesure d'accessibilité financière des contraceptifs existant depuis 2010 se voit directement menacée⁶³. A Bruxelles, les subsides pour l'achat de pilules contraceptives, pilules du lendemain et préservatifs sont maintenus. Il est donc important de **maintenir les mesures liées à l'accessibilité de la contraception en Wallonie** car, outre les discriminations socio-économiques que cela peut engendrer, cela crée une inégalité entre les usagers en matière d'accessibilité au sein de la Fédération Wallonie-Bruxelles.

⁶⁰ L'A.M.U. désigne l'aide médicale urgente offerte par les CPAS aux personnes qui ne bénéficient pas de ressources suffisantes et qui nécessitent, par ailleurs, des soins médicaux urgents.

⁶¹ <http://www.planningsfps.be/federation/actions/Evenements/Pages/droit-avortement.aspx>, consulté le 15 octobre 2013.

⁶² Education à la vie relationnelle, affective et sexuelle.

⁶³ En effet, le secteur planning va passer à un financement forfaitaire et une série de dépenses qui faisaient auparavant l'objet de subsides facultatifs seront dorénavant comprises dans le forfait global qui leur sera alloué. C'est le cas des subsides relatifs à l'achat de pilules contraceptives, pilules du lendemain et préservatifs. Etant donné que les médicaments ne font pas partie des dépenses admissibles dans le cadre des frais de fonctionnement des CPF, cela signifie dans les faits l'arrêt pur et simple des dispositions auparavant adoptées et communiquées au public depuis de nombreuses années.

Chapitre V – L’interruption volontaire de grossesse

Par Julia Laot, Fédération des Centres de Planning Familial des FPS

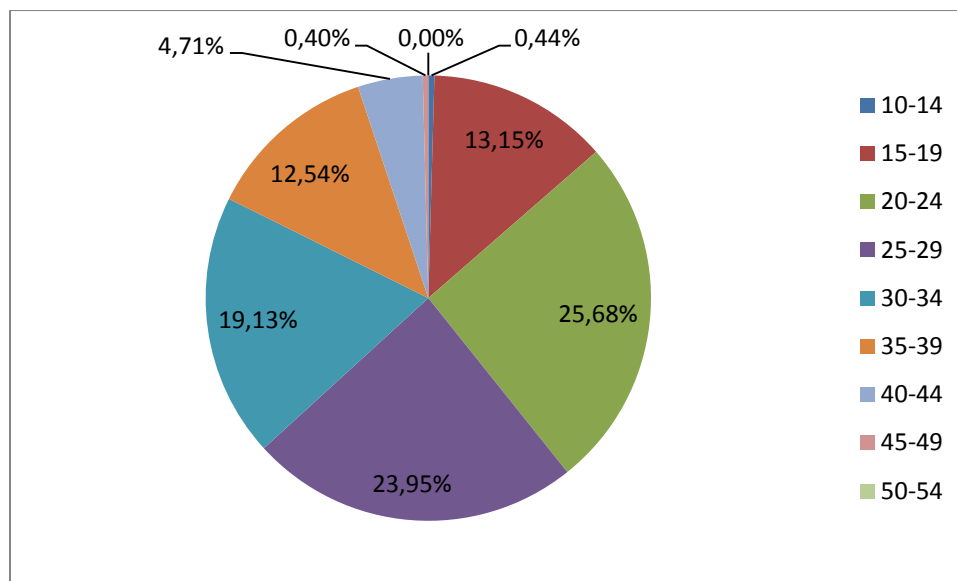
I. L’avortement en Belgique, état des lieux

En Belgique, la loi dépénalisant partiellement l’avortement a aussi instauré une commission chargée de rédiger, tous les deux ans, un rapport sur les chiffres de l’avortement. Il porte sur les chiffres enregistrés et communiqués par les médecins et établissements de soin.

Si l’on se base sur le Rapport de cette Commission d’évaluation de la loi sur l’avortement⁶⁴, on constate que le nombre d’avortements en Belgique est relativement stable depuis ces dernières années. En comparaison aux autres pays européens, la Belgique a un des taux les plus bas d’avortement (9.2 pour 1000 femmes comparé à 44/1000 dans les Pays de l’Est ou même 17.4/1000 en France)⁶⁵.

a. Quelques chiffres⁶⁶:

⇒ Sur les quelques 20.000 femmes qui avortent chaque année, la majorité a entre 20 et 34 ans (68,76%)



Source : Rapport de la Commission IVG, 2010

⇒ 2/3 sont célibataires

⇒ 46% n’ont pas d’enfant mais 54% en ont un ou plusieurs

⁶⁴ <http://www.senate.be/www/?MIval=/publications/viewPubDoc&TID=83893003&LANG=fr>

⁶⁵ <http://www.touteurope.eu/actualite/le-droit-a-lavortement-dans-lue.html>

⁶⁶ Idem

- ⇒ 2/3 des moins de 20 ans invoquent une « détresse personnelle » comme motif, 20% des 20 à 30 ans invoquent une détresse matérielle
Bruxelles est surreprésentée : alors que les bruxellois représentent environ 11% de la population belge, les bruxelloises représentent 24% des avortements. De plus, notons que 30% d'entre elles n'ont pas de couverture sociale⁶⁷. Cette plus grande proportion de bruxelloises ayant recours à l'IVG s'explique par la plus grande précarité sociale et financière que connaît la Région.
- ⇒ 81% des avortements ont lieu en centre de planning familial ou dans un « abortus centra » (en Flandre)
- ⇒ Moins de 1% des avortements entraînent des complications

b. Constats

A l'heure actuelle, la plupart des femmes qui souhaitent une IVG sont reçues dans les délais et l'accès à l'avortement est relativement bon en Belgique.

On note toutefois des **inégalités territoriales** puisque dans certaines régions, les femmes doivent faire plusieurs kilomètres pour accéder à un centre. Et puis, on l'a vu, la région bruxelloise est surreprésentée (24% des avortements).

Une **pénurie de médecins** pratiquant l'avortement est de plus en plus constatée. En période de vacances, il est très difficile de remplacer les médecins qui partent en congé et donc les listes d'attentes et par ricochet les délais augmentent. Si un médecin arrête sa pratique, il est très difficile de trouver un-e remplaçant-e. De manière générale, trouver un médecin qui accepte de pratiquer l'avortement est compliqué. Par exemple, le centre FPS d'Arlon cherche un médecin, sans succès, depuis 18 mois. Le GACEHPA⁶⁸ mettait en avant récemment que 50% des médecins pratiquant l'avortement ont plus de 50 ans et partiront donc à la retraite dans les 10 ans à venir. La pénurie risque donc d'empirer.

Des **inégalités sociales** sont également constatées sur le terrain (dans les centres de planning):

- Une hausse des demandes pour des raisons matérielles
- Une hausse des demandes de femmes n'ayant pas de couverture sociale
- La lenteur des procédures de l'aide médicale urgente qui accroît le délai d'attente pour les femmes sans mutuelle qui doivent y faire appel

⁶⁷ Il s'agit de femmes sans papier, en situation précaire sur le territoire.

⁶⁸ Groupement des centres extrahospitaliers pratiquant l'avortement www.gacehpa.be

II. Recommandations

En tant que membres actifs de la Plateforme pour le droit à l'avortement, nous avons formulé diverses recommandations qui peuvent être consultées dans leur intégralité sur le site.

Voici l'essentiel de ce que nous demandons aux gouvernements:

- ⇒ organiser des campagnes de prévention à propos de la contraception et des grossesses non désirées, en impliquant les hommes.
- ⇒ renforcer la visibilité du droit à l'avortement, (partiellement) dépenalisé⁶⁹, dans les communications officielles, notamment via les sites internet fédéraux (en particulier celui du SPF Santé Publique, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Environnement notamment).
- ⇒ intégrer un module de formation au travail en planning familial, à l'IVG ainsi qu'aux différents modes de contraception dans la formation des médecins
- ⇒ reconnaître la spécificité des médecins généralistes travaillant en centres de planning familial et abortuscentra et garantir le maintien de leur agrément
- ⇒ réaliser des études chiffrées sur l'avortement avec des données fiables et harmonisées dans une optique de prévention des grossesses non désirées, en améliorant le ciblage des actions
- ⇒ favoriser la pratique de l'IVG dans le cadre de la convention INAMI : la pratique de l'IVG dans le cadre de la convention INAMI permet d'assurer la confidentialité de l'acte (dans le cadre de la convention la patiente ne paie qu'un ticket modérateur, il n'y a pas de trace d'un remboursement quelconque, les parents ou le mari ne peuvent donc pas voir qu'une femme a avorté) et un bon suivi pré et post IVG. Nous invitons les hôpitaux à passer dans le système de convention.

⁶⁹ On considère en effet que l'avortement n'est que « partiellement » dépenalisé car il existe toujours dans le code pénal.

Chapitre VI - Dépistage des cancers du sein et de l'utérus

Par Dr. Valérie Fabri, Direction Médicale de Solidaris - Mutualité Socialiste

I. Programme national de dépistage du cancer du sein : bilan après 10 ans de dépistage organisé

En 1993, L'Europe contre le cancer publie le premier « European Guidelines for Quality Assurance in Mammography Screening ».

Il existe alors un consensus sur l'utilité d'un programme de dépistage systématique par mammographie chez les femmes asymptomatiques de 50 à 70 ans, pourvu qu'il s'accompagne d'un dispositif d'assurance qualité⁷⁰. Une couverture de 70% entraînerait une diminution de mortalité de 30%.

En 2001, la Belgique met sur pied un programme national de dépistage du cancer du sein qui donne l'occasion tous les deux ans, à toutes les femmes âgées de 50 à 69 ans, d'être dépistées gratuitement par un mammothest. Le mammothest répond aux normes de qualité de l'« Europe Contre le Cancer »: l'équipement est soumis à des contrôles stricts de qualité et le mammothest fait l'objet d'une deuxième lecture par un radiologue indépendant. Il est également recommandé de ne pas réaliser plus de 5% d'échographie (examen d'imagerie complémentaire).

En Belgique, avant la mise en place du programme, il existait déjà de grandes habitudes de dépistage spontané par mammographie classique (appelée ici diagnostique). Le dépistage opportuniste⁷¹ n'offre pas toujours les garanties de qualité du dépistage organisé et a un coût supplémentaire important pour la société. En effet, la mammographie classique, suivie d'une échographie, coûte 44 euros de plus que le mammothest, et après remboursement coûte encore près de 15 euros pour la femme. De plus, le dépistage spontané se caractérise par le recours quasi systématique (plus de 80%) au bilan sénologique (mammographie classique et échographie).

Evolution du taux de couverture et différences régionales

La participation au dépistage organisé et opportuniste n'augmente plus dans les trois régions. Mais la participation au programme est très faible en Wallonie et à Bruxelles.

Depuis l'instauration du programme, l'Agence Intermutualiste⁷² (AIM) qui compile les données de l'ensemble des organismes assureurs rend compte de l'évolution du programme et l'a comparé à la situation avant programme. Elle étudie entre autre la participation au programme et son impact sur le dépistage spontané.

⁷⁰ www.brutammo.be

⁷¹ Dépistage opportuniste, appelé aussi dépistage spontané ou examen par mammographie diagnostique. Il est réalisé au cas par cas sur conseil du médecin et/ou sur base d'une demande de la patiente.

⁷² www.aim-ima.be

Couverture selon le type de dépistage et la Région

Couverture par mammothest					
Région	2000-01	2002-03	2004-05	2007-08	2009-10
Vlaams Gewest	7,5%	33%	37%	44%	45%
Région Bxl-Capitale	0,3%	3,3%	6,6%	10%	11%
Région Wallonne	0%	6,5%	8,8%	9%	7%
Belgique	4,5%	22%	25%	30%	30%
Couverture par mammographie diagnostique					
Région	2000-01	2002-03	2004-05	2007-08	2009-10
Vlaams Gewest	33%	22%	21%	20%	19%
Région Bxl-Capitale	48%	46%	45%	43%	42%
Région Wallonne	47%	47%	46%	47%	47%
Belgique	39%	32%	31%	31%	30%
Couverture totale					
Région	2000-01	2002-03	2004-05	2007-08	2009-10
Vlaams Gewest	40%	54%	58%	64%	64%
Région Bxl-Capitale	48%	50%	51%	53%	53%
Région Wallonne	47%	53%	55%	55%	55%
Belgique	43%	54%	56%	60%	60%

Source : Agence intermutualiste, 2014

En Belgique, avant le lancement du programme il existait des différences régionales importantes de dépistage spontané. En Flandre 33% des femmes -âgées de 50 à 69 ans- réalisaient une mammographie diagnostique, alors qu'à Bruxelles et en Wallonie elles étaient 48% et 47% à s'y soumettre.

Après 10 ans de programme, en 2009-2010, les différences régionales de participation des femmes de 50-69 ans au programme de dépistage par mammothest persistent. Les couvertures de dépistage par mammothest s'élèvent à 45% en Flandre, 11% à Bruxelles et 7% en Wallonie. Ces différences d'adhésion au programme sont liées entre autre aux niveaux de couvertures de dépistage spontané préexistantes au programme.

La couverture totale (mammothest + mammographie diagnostique) n'a augmenté que d'environ 10% en Wallonie et à Bruxelles pour atteindre environ 55%. Elle monte à 64% en Flandre. L'AIM mesure également dans son rapport 7⁷³, qu'en 2006-2007, environ un quart des femmes issues des trois régions du pays ne se sont jamais fait dépister au cours des six années concernées par le programme national. Si l'on y ajoute les 15% de femmes qui ne se sont fait examiner qu'une seule fois sur six ans, on peut considérer que 40% des femmes âgées de 50 à 69 ans ne sont pas dépistées efficacement.

⁷³ Rapport n°7 de l'Agence Intermutualiste, *Comparaison des trois premiers tours 2002-2003, 2004-2005 et 2006-2007*, Fabri V., Remacle A., Boutsen M., Septembre 2010.

Participation en fonction de l'âge

On observe beaucoup moins de dépistage spontané chez les femmes plus âgées (64-69 ans). Tandis que le programme convainc de la même façon les femmes de tout âge de se faire dépister.

Couverture selon le type de dépistage et l'âge

Couverture par mammographie diagnostique						
	2001-02	2003-04	2004-05	2006-07	2007-08	2009-10
50-54 ans	41%	35%	34%	34%	33%	32%
55-59 ans	38%	33%	33%	33%	32%	31%
60-64 ans	33%	29%	29%	30%	30%	30%
65-69 ans	27%	24%	25%	26%	26%	26%
Différence (50-54) - (65-69)	14%	11%	9%	8%	7%	6%
Couverture par mammothest						
	2001-02	2003-04	2004-05	2006-07	2007-08	2009-10
50-54 ans	12%	25%	25%	29%	30%	30%
55-59 ans	15%	24%	25%	30%	31%	31%
60-64 ans	16%	25%	26%	31%	31%	31%
65-69 ans	15%	24%	26%	30%	27%	28%
Différence (50-54) - (65-69)	-3%	1%	-1%	-1%	3%	1%

Source : Agence intermutualiste, 2014

Participation en fonction du statut social BIM

Les femmes défavorisées socialement réalisent moins de dépistage opportuniste.

Le programme de dépistage du cancer du sein semble mieux sensibiliser les femmes issues de milieux défavorisés que le dépistage opportuniste par mammographie diagnostique.

Malgré la gratuité du mammothest, les écarts entre les femmes les plus défavorisées et les autres persistent.

Couverture selon le type de dépistage, la Région et le statut social

2009-2010	Couverture par mammographie diagnostique			Couverture par mammothest			Couverture totale		
	Non BIM	BIM	Total	Non BIM	BIM	Total	Non BIM	BIM	Total
Vlaams Gewest	20%	13%	19%	46%	40%	45%	66%	53%	64%
Région Bruxelles-Capitale	47%	31%	42%	10%	12%	11%	57%	43%	53%
Région Wallonne	51%	36%	47%	7%	7%	7%	58%	44%	55%
Belgique	31%	24%	30%	32%	24%	30%	63%	48%	60%

Source : Agence intermutualiste, 2014

Pistes pour inciter plus de femmes à participer et pour les fidéliser

Pour inciter plus de femmes à participer au programme de dépistage et augmenter leur fidélisation, les acteurs du programme de dépistage organisé (Communautés, le Registre du cancer, la Fondation contre le cancer, le centre du cancer, l'INAMI et les mutualités) ont dégagé en 2009 une série de pistes :

- identifier et caractériser les femmes « non dépistées »
- réaliser des études auprès des femmes afin de cerner les freins au dépistage
- tester l'implication des médecins généralistes dans la promotion et la prescription du dépistage organisé.
- soutenir et encourager les initiatives locales de promotion du programme national de dépistage

Dans ce contexte, les trois communautés en charge du programme, la Fondation contre le Cancer et l'AIM ont étudié les caractéristiques du public cible de ce dépistage et tout particulièrement des femmes qui n'y participent pas.

Outre une analyse des déterminants de la non-participation de ces femmes au dépistage du cancer du sein, l'AIM a développé un « **outil cartographique** » permettant d'élaborer et d'évaluer les actions de promotion du dépistage du cancer du sein au niveau local, de la province au secteur statistique.

Entre 2010 et 2011, les Femmes Prévoyantes Socialistes, en collaboration avec Solidaris - Mutualité Socialiste ont mis en place une recherche-action sur le dépistage du cancer du sein dans différents quartiers (de Wallonie et Bruxelles) ayant un plus faible taux de dépistage que la moyenne belge⁷⁴. L'objectif de cette recherche était de mettre en évidence les freins au dépistage du cancer du sein et d'y répondre par des actions concrètes, d'en évaluer l'impact pour ensuite proposer des pistes de solutions et des recommandations.

Les pistes d'amélioration dégagées sur base de la recherche-action sont :

- De diffuser **des discours simples mais ne cachant ni la complexité ni les incertitudes**. C'est-à-dire, informer les femmes des avantages et inconvénients du dépistage pour qu'elles puissent décider ou non d'y participer en connaissance de cause.
- **Davantage d'implication des médecins généralistes**. Le médecin représente pour certaines femmes un des rares « contacts avec l'extérieur » et peut donc jouer un rôle déterminant en termes de prévention.
- **Améliorer divers aspects du programme mammothest** (tels que : faciliter la prise de rendez-vous, améliorer la qualité des dispositifs relationnels entourant l'examen).
- **Créativité dans les démarches, inventivité, adaptations locales**. Le « recrutement » via les campagnes d'information et la lettre d'invitation montre ses limites. Il est nécessaire de trouver de nouveaux moyens pour toucher les femmes qui ne participent à aucun dépistage.
- Le travail des **acteurs de première ligne et des acteurs de santé publique** sont susceptibles de s'enrichir mutuellement. Il faut mettre en place et formaliser des espaces de rencontre entre ces deux « mondes » pour une **meilleure articulation** et plus d'efficacité de leur travail respectif.

⁷⁴ <http://www.femmesprevoyantes.be/outils-publication/etudes/Sante/Pages/Depistage-cancer-du-seinZAP.aspx>

Remise en question de la balance bénéfiques – désavantages du dépistage du cancer du sein

Depuis une dizaine d'années, de nombreuses études remettent en question la balance bénéfices et désavantages du dépistage du cancer du sein.

Le bénéfice attendu, une diminution importante de la mortalité par cancer du sein, est mis en doute par certains auteurs. Les inconvénients comme le sur-diagnostic (diagnostic de cancers qui ne l'auraient pas été sans dépistage) et par conséquent le sur-traitement sont mis en évidence.

En effet la mammographie permet de diagnostiquer des tout petits cancers - dont une partie n'évoluera pas - avec comme conséquence des examens complémentaires, des biopsies et des opérations inutiles, sources de grande inquiétude pour les femmes et de coûts inutiles tant pour la patiente que pour la sécurité sociale⁷⁵.

Certains auteurs⁷⁶ soutiennent dès lors qu'une révision s'impose en matière de politique de dépistage systématique du cancer du sein par mammographie.

II. Le dépistage du cancer du col de l'utérus : Evolution de la participation

Les recommandations européennes

En 2003, le Conseil de l'Europe recommande d'offrir un dépistage par frottis du cancer du col de l'utérus à toutes les femmes âgées de 25 à 64 ans. Le dépistage est recommandé à une fréquence d'une fois tous les trois ans.

Le respect des normes de qualités et une couverture optimale sont les principaux facteurs de succès d'un programme de dépistage.

L'Agence Intermutualiste⁷⁷ en collaboration avec l'Institut Scientifique de Santé Publique⁷⁸ et la Fondation Registre du cancer⁷⁹ ont analysé la participation des femmes de 1996 à 2011 au dépistage resté encore non-organisé.

En 15 ans de suivi, la participation au dépistage spontané (opportuniste) reste stable

Environ 2.700.000 femmes âgées de 25 à 64 ans sont concernées par le dépistage du cancer du col de l'utérus. En l'absence de tout programme organisé, environ 60% des femmes sont examinées par frottis de col au moins une fois tous les trois ans.

⁷⁵ Par exemple, Les auteurs de la synthèse méthodique de la Cochrane Collaboration concluent que pour 2 000 femmes chez qui un dépistage est effectué sur une période de dix ans, une femme ne mourra pas de cancer du sein, alors que 10 femmes en bonne santé seront traitées inutilement. En outre, 200 femmes seront soumises à un stress psychologique (anxiété et incertitude) pendant des années suite à un résultat faussement positif. Gøtzsche PC, Jørgensen KJ. Screening for breast cancer with mammography. Cochrane Database Syst Rev 2013, Issue 6.

⁷⁶ www.minerva-ebm.be

⁷⁷ www.aim-ima.be

⁷⁸ www.wiv-isp.be

⁷⁹ www.kankerregister.org

Couverture de dépistage opportuniste par période de 3 ans

Période	Couverture (3 ans)
1996-1998	56%
2004-2006	61%
2009-2011	56%

Source : Agence Intermutualiste (2014, résultats préliminaires)

La participation est la même dans les trois régions du pays

Couverture de dépistage opportuniste selon la Région

2009-2011	Couverture (3 ans)
Bruxelles	62%
Flandres	58%
Wallonie	62%
Belgique	59%

Source : Agence Intermutualiste (2014, résultats préliminaires)

La participation diminue avec l'âge à partir de 50 ans

Comme pour le dépistage du cancer du sein on observe une diminution de la participation au dépistage opportuniste avec l'âge qui augmente.

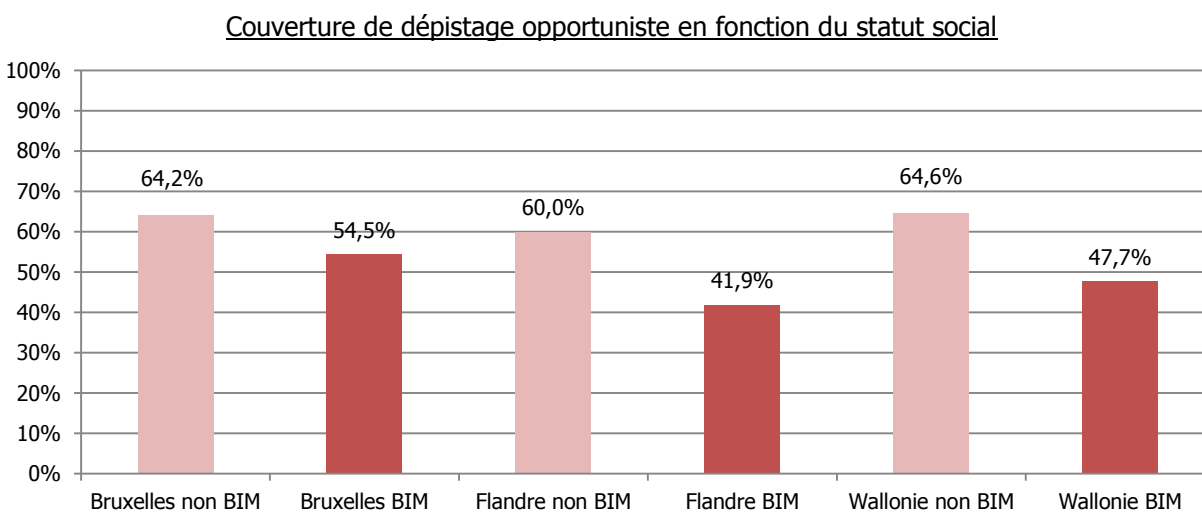
Ce qui s'observe à Bruxelles ci-dessous se reproduit dans les trois régions.

Couverture de dépistage opportuniste par période de 3 ans, selon l'âge

2009-2011	Couverture (3 ans)
Bruxelles	62%
25-29 ans	65%
30-34 ans	68%
35-39 ans	67%
40-44 ans	66%
45-49 ans	64%
50-54 ans	59%
55-59 ans	52%
60-64 ans	47%

Source : Agence Intermutualiste (2014, résultats préliminaires)

Les femmes défavorisées socialement (BIM) participent moins au dépistage spontané, et ce dans les trois régions



Source : Agence Intermutualiste (2014, résultats préliminaires)

Conclusions

- Le dépistage opportuniste sensibilise moins les femmes plus âgées et les femmes défavorisées socialement.
- Un programme de dépistage organisé devrait convaincre tout particulièrement les femmes défavorisées.
- Depuis 2013, le dépistage est gratuit pour les femmes, à raison d'un frottis tous les 3 ans, comme le recommande le Conseil de l'Europe. Le dépistage reste opportuniste en Wallonie et à Bruxelles. La Communauté flamande vient de mettre sur pied un programme basé sur des invitations.
- 60% de la population est déjà couverte, cette couverture n'a pas évolué spontanément depuis plus de 10 ans → les 40% des femmes restant à convaincre sont probablement les femmes les plus « résistantes » à effectuer un dépistage.
- Le programme de dépistage du cancer du sein basé sur des invitations et de l'information « tout public » (radio, affiches etc..) a montré ses limites pour convaincre les femmes non encore examinées dans le cadre du dépistage opportuniste!
- La collaboration avec les médecins généralistes pourrait être utile pour convaincre les femmes les plus résistantes au suivi d'un programme de dépistage.
- Pour rappel le vaccin contre l'HPV ne dispense pas du dépistage
→ Attention au message délivré aux adolescentes et à leurs familles

III. Recommandations

Face aux multiples études qui questionnent l'intérêt du **dépistage du cancer du sein** et en l'absence de consensus et de nouvelles recommandations de l'Europe contre le cancer, nous préconisons la promotion d'une information éclairée des femmes sur les avantages et les inconvénients du dépistage systématique du cancer du sein par mammographie afin qu'elles puissent être libres, après mûre réflexion, d'y participer ou non. Cette information pourrait s'appuyer sur les messages élaborés par le KCE⁸⁰.

La collaboration avec les médecins généralistes pourrait être utile pour informer les femmes des avantages et inconvénients liés à ce dépistage.

S'agissant du **dépistage du cancer de l'utérus**, un programme de dépistage organisé devrait être mis en place. Ce programme de dépistage doit viser tout particulièrement les femmes défavorisées. Des stratégies doivent être pensées pour toucher les 40% de femmes non dépistées (qui sont probablement moins enclines à se soumettre à un dépistage), sur base notamment des enseignements que l'on peut tirer du programme de dépistage du cancer du sein. Dans cette optique, la collaboration avec les médecins généralistes apparaît comme une piste importante dans la mise en place et la réussite d'un programme de dépistage.

En ce qui concerne les jeunes filles qui bénéficient de la vaccination, il faut être attentif à ce que le message qui est délivré au moment de la vaccination rappelle la nécessité du dépistage. Ici encore le gynécologue et le médecin généraliste pourraient avoir un rôle à jouer.

⁸⁰ <https://kce.fgov.be/fr/publication/report/d%C3%A9pistage-du-cancer-du-sein-messages-en-support-d%E2%80%99un-choix-inform%C3%A9>

Chapitre VII - Evolution de la consommation d'antidépresseurs

*Par Leila Maron et Dr. Michel Boutsen,
Direction Etudes de Solidaris - Mutualité Socialiste*

En matière de soins de santé, la consommation de médicaments a toujours constitué un sujet de préoccupation dans notre pays, pour des raisons budgétaires et d'accessibilité aux soins mais aussi pour des raisons de santé publique. Avec une dépense annuelle de 479 € par habitant, la Belgique se situe en 3^{ème} position parmi les pays de l'OCDE⁸¹.

En particulier, la consommation d'antidépresseurs défraie régulièrement la chronique. Dans notre pays, plus d'une personne sur dix de plus de 18 ans a consommé au moins un antidépresseur, ce qui représente un coût non négligeable pour l'assurance maladie⁸². Malgré la forte consommation d'antidépresseurs, on observe parallèlement qu'une grande partie des personnes souffrant de dépression n'est pas prise en charge. Les études montrent ainsi qu'un déprimé grave ou modéré sur deux n'est traité ni par médicament, ni par psychothérapie. Dans ce domaine, on évoque dès lors davantage un phénomène de dysprescription plutôt que de surprescription.

En 2006, Solidaris - Mutualité Socialiste avait déjà réalisé une étude approfondie de la prescription d'antidépresseurs en analysant notamment le profil des patients⁸³. Il en ressortait que le profil socio-économique influait la consommation d'antidépresseurs : une personne sur quatre consommait des antidépresseurs parmi les bénéficiaires de l'intervention majorée, soit deux fois plus que parmi les bénéficiaires ordinaires⁸⁴. Cette relation peut refléter une morbidité plus élevée parmi les populations socio-économiquement défavorisées ou encore un problème d'accessibilité financière d'une partie de la population aux traitements alternatifs par psychothérapie souvent trop chers et avec de trop longues listes d'attente. L'étude mettait également en évidence que deux fois plus de femmes suivaient un traitement par antidépresseurs que d'hommes, cet écart persistant lorsqu'on tenait compte du statut socio-professionnel et du statut social (bénéficiaire de l'intervention majorée ou non).

Ce résultat pose question : est-ce que les femmes sont effectivement davantage touchées par la dépression ou la réponse à un épisode dépressif diffère-t-il selon le sexe ? Pour certains, les femmes seraient fragilisées de par les changements physiologiques et hormonaux qui se produisent lors d'un accouchement et la période post-partum, de la ménopause, etc. *« Mais cette affirmation signifierait que les changements hormonaux sont problématiques, que la norme serait la non fluctuation d'hormones, la constance d'humeur, norme qui correspondrait plus à une réalité physiologique masculine. Dans ce modèle, la réalité (physiologique) masculine est la norme dominante, celle à laquelle on se réfère. De plus, cette affirmation omettrait le fait que les bouleversements physiologiques sont le plus souvent*

⁸¹ Organisation de Coopération et de Développement Economiques, 2012, *Health at a glance : Europe 2012*, Publication OCDE, Paris.

⁸² Boutsen, Laasman et Maron (2012), « Antidépresseurs : évolution de la prescription », Union Nationale des Mutualités Socialistes, Direction Etudes, Juin 2012, p. 20.

⁸³ Boutsen, Laasman et Reginster (2006), « Données socio-économiques et étude longitudinale de la prescription des antidépresseurs », Union Nationale des Mutualités Socialistes, Direction Etudes, Mai 2006, p. 35.

⁸⁴ Cet écart subsistait lorsqu'on tenait compte de l'âge et du sexe.

accompagnés de changements de vie profonds. »⁸⁵ Pour d'autres, la dépression serait une expression des inégalités (revenus, emploi, répartition des tâches domestiques et familiales, etc.) entre les femmes et les hommes, ces inégalités ayant un impact sur la santé mentale et la détresse psychologique des femmes⁸⁶. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé⁸⁷, les problèmes de santé mentale chez les femmes résulteraient des effets conjugués de la discrimination sexiste et d'une mauvaise situation socio-économique. Par ailleurs, le comportement dépressif varie selon le sexe : les hommes exprimeraient leurs souffrances psychologiques autrement, c'est-à-dire par le suicide, l'alcoolisme, la colère, des actes violents ou des conduites dangereuses...⁸⁸ Les manifestations de la dépression ne sont ainsi pas les mêmes chez les hommes que chez les femmes. En prenant en compte d'autres critères (la prise de drogue/alcool, des comportements agressifs ou l'hyperactivité, etc.) que les critères marqueurs de dépression traditionnels, la même prévalence de dépression est observée chez les hommes et chez les femmes, comme l'a montré une étude⁸⁹ aux Etats-Unis.

Etant donné le rapport à la dépression qui diffère d'un sexe à l'autre et le fait que les données dont nous disposons ne concernent que les traitements remboursés comme les traitements par antidépresseurs, nous avons limité notre analyse à la délivrance d'antidépresseurs auprès des femmes affiliées de Solidarité – Mutualité Socialiste en 2012 et 2007.

I. Une femme sur sept s'est vue délivrée au moins une boîte d'antidépresseurs

En 2012, quelque 240.000 affiliées de Solidarité – Mutualité Socialiste ont pris au moins une boîte d'antidépresseurs. Cela représente près d'une affiliée sur sept (14,6%), soit près de deux fois plus que les hommes (7,4%).

Parmi celles-ci, 12,9% ont arrêté leur traitement après une seule boîte, ce qui est tout à fait insuffisant pour traiter un épisode aigu de dépression. En 2006, nous avons déjà montré que la proportion de prise unique était importante : parmi nos affiliés (tant femmes que hommes), 49% avaient acheté une seule boîte (environ un mois de traitement) et 60% des patients avaient arrêté leur traitement avant trois mois⁹⁰, soit des durées de traitement insuffisantes pour soigner un épisode de dépression majeure ou des traitements qui ne sont pas appropriés dans le cas de dépression mineure. A cet égard, il est essentiel de rappeler que les antidépresseurs n'ont pas prouvé leur efficacité dans le traitement de la dépression mineure. La plupart des auteurs préconisent, en première intention, une période d'observation avec entretiens d'accompagnement réguliers du patient. Par la suite, la préférence va aux traitements non-médicamenteux, notamment de courtes périodes de thérapie cognitive comportementale. La proportion de délivrance unique est un phénomène connu et pose question : s'agit-il d'abandon de traitement par des patients qui ne le supportent pas ou de prescriptions en dehors des indications ?

⁸⁵ Question Santé, 2007, « Hommes et femmes inégaux face à la dépression » ?.

⁸⁶ Guyon et al., 1996, « Derrière les apparences, santé et conditions de vie des femmes » Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, pp. 384 pp.

⁸⁷ Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 2000, « Les femmes et la santé mentale », OMS, Aide-mémoire n° 248.

⁸⁸ Question Santé, *Ibidem*.

⁸⁹ Martin et al., 2013, «The Experience of Symptoms of Depression in Men vs Women - Analysis of the National Comorbidity Survey Replication », *Journal of American Medical Association (JAMA)*, 70(10), p. 1100-1106.

⁹⁰ En excluant ces prescriptions uniques, les résultats montraient une bonne observance du traitement.

Le coût de ces antidépresseurs pour l'assurance maladie obligatoire s'élève à quelque 28 millions €, soit 117 € par patiente en moyenne. La patiente, quant à elle, prend à sa charge 34 € en moyenne pour son traitement.

II. La proportion de femmes sous antidépresseurs augmente avec l'âge

L'analyse de la distribution de la délivrance d'antidépresseurs par âge (Tableau 1) montre que la prescription d'antidépresseurs augmente proportionnellement avec l'âge. Ainsi, 6,5% des affiliées âgées entre 20-29 ans se sont vues délivrées au moins une boîte d'antidépresseurs alors qu'elles sont environ 30% pour les plus de 80 ans. Il y a ainsi 5 fois plus de femmes sous antidépresseurs parmi les femmes âgées que parmi les jeunes. D'autres études ont déjà mis en évidence que la consommation de médicaments se concentre sur la population âgée, notamment au niveau des antidépresseurs dans les maisons de repos⁹¹.

Tableau 1 : Proportion de femmes sous antidépresseurs par classe d'âge de 10 ans parmi les affiliées

Classe d'âge	Nombre d'observations (population totale)	Nombre d'affiliées traitées	% d'affiliées traitées
10-19 ans	176.909	2.477	1,4%
20-29 ans	208.891	13.578	6,5%
30-39 ans	218.475	27.746	12,7%
40-49 ans	222.972	44.594	20,0%
50-59 ans	213.658	49.355	23,1%
60-69 ans	177.067	40.371	22,8%
70-79 ans	121.793	30.814	25,3%
80-89 ans	85.034	24.745	29,1%
90-99 ans	17.635	5.361	30,4%

Source : Solidaris – Mutualité Socialiste (données 2012)

III. La proportion de femmes sous traitement est stable depuis 2007 mais la durée du traitement augmente

La proportion de femmes sous traitement par antidépresseurs est stable si l'on compare par rapport à 2007 (14,8%). En revanche, le volume de consommation a augmenté de 20% entre 2007 et 2012. Cela s'explique par une durée de traitement plus longue : en cinq ans, le nombre médian de jours de traitement est passé de 165 à 196 jours, ce qui correspond aux recommandations pour le traitement d'un épisode aigu de dépression.

⁹¹ Boutsen, Laasman, Maron et Vrancken (2013), « Consommation de médicaments en maison de repos : une analyse longitudinale », Union Nationale des Mutualités Socialistes, Direction Etudes, Juin 2013, p. 19.

Par ailleurs, le nombre de délivrance unique a diminué de moitié. Ainsi, en 2007, plus d'une femme sur cinq (22,7%) cessait son traitement après une boîte d'antidépresseurs alors qu'en 2012, elles ne sont plus qu'une sur dix (12,9%).

La hausse de la consommation d'antidépresseurs chez les femmes ne s'explique donc pas par une plus grande proportion de femmes sous traitement mais par une meilleure observance au traitement des femmes sous antidépresseurs.

En outre, soulignons que le coût lié à la consommation d'antidépresseurs a fortement diminué tant pour l'assurance maladie (-61,0%) que pour les patientes (-14,2%), ce qui s'explique par la progression des médicaments moins chers.

IV. Recommandations

Complémentaire au soutien à la prise en charge non-médicamenteuse de la dépression en première ligne⁹², il importe d'étudier de manière approfondie la prescription des antidépresseurs dans notre pays.

Les données des mutualités permettent un monitoring précis de la prescription et, en particulier, un suivi de l'observance des traitements par les patientes au cours du temps. Il s'agit d'une dimension qualitative importante pour le médecin prescripteur mais elle est difficilement mesurable par ce dernier⁹³.

Il subsiste, par ailleurs, des questions interpellantes auxquelles les données des mutualités ne peuvent répondre : par exemple, comment expliquer que plus d'une patiente sur dix ne s'est vu délivrer qu'une seule boîte d'antidépresseurs ? Une concertation et une collaboration avec les médecins prescripteurs, notamment dans le cadre de l'évaluation de la conformité de la prescription aux indications, est indispensable pour répondre à la question de la prise unique et améliorer la qualité du traitement médicamenteux de la dépression chez les femmes.

Mais cette question mérite qu'une réflexion globale soit menée tant en matière de traitements qu'en termes d'accessibilité et de remboursement. Dans quelle mesure le coût du traitement de la dépression ne constitue-t-il pas un frein ? Actuellement, les traitements médicamenteux sont remboursés par l'assurance-maladie et représentent bien souvent, pour le patient, un coût moins important que des consultations psychologiques. Il s'agit en effet de permettre à tout un chacun d'avoir accès à un traitement en concordance avec les besoins, qu'il s'agisse d'une dépression mineure ou aigue. Un premier pas a été franchi avec la proposition de loi permettant la reconnaissance du psychologue dès 2016, ce qui ouvrira la voie aux remboursements des séances. La thérapie remboursée deviendra ainsi moins coûteuse, ce qui permettra à de nombreuses personnes de se rendre chez un psychologue plutôt que de passer par un traitement médicamenteux non adapté en cas de dépression mineure.

⁹² Nous renvoyons ici aux recommandations formulées par Solidaris - Mutualité Socialiste suite aux résultats du [Thermomètre Solidaris](#) sur le bien-être psychologique des belges.

⁹³ En effet, une fois l'ordonnance délivrée, le médecin ne sait pas dans quelle mesure le patient achètera le médicament et/ou respectera le traitement.

Constats et recommandations

Sur base des différentes thématiques étudiées et parmi toutes les pistes d'actions évoquées pour chacune, nous avons identifié, un levier qui contribuera à un meilleur accès des femmes à la santé.

Les femmes et les ménages monoparentaux sont parmi les plus touchés par le **report/renoncement de soins** et les dépenses les plus reportées sont les médicaments. Nous demandons dès lors de continuer à **réduire la facture des médicaments dans le budget du ménage**. Cela passe notamment par l'obligation de prescrire sous le nom de la molécule (DCI) et pas sous le nom de marque pour les traitements aigus et lors de l'initiation d'un traitement chronique ; un meilleur remboursement des contraceptifs à toutes les femmes bénéficiant de l'intervention majorée, quel que soit leur âge. Il faut également travailler à la réduction du prix des médicaments en favorisant la vente de médicaments génériques.

L'étude des **ménages monoparentaux** a mis en évidence le risque plus important pour ces ménages de se trouver en situation de précarité (chômage plus élevé, plus de bénéficiaires de l'intervention majorée et du revenu d'intégration sociale, plus d'incapacité de travail, report de soins très fréquent). Ce risque peut être doublé lorsqu'il s'agit de femmes monoparentales. A l'heure de la mise en œuvre de la 6^{ème} réforme de l'état, l'un des premiers leviers à activer est celui des allocations familiales. Il nous apparait, en effet, essentiel de **repenser le système d'allocations familiales** pour qu'il contribue à réduire les inégalités entre les enfants. Dès lors, en complément à une allocation identique pour tous les enfants, nous revendiquons un supplément pour tous les enfants vivant dans un ménage monoparental ayant un faible revenu. Mais plus largement, nous revendiquons également que les allocations familiales soient repensées comme une partie des « prestations à destination des familles ». C'est-à-dire qu'elles seraient le volet « prestations en espèces » qui devrait être accompagné d'un volet « prestations en services » (accueil des 0-3 ans et accueil extrascolaire). Soit par le biais d'une réorientation des budgets dégagés par la révision du montant des allocations familiales vers l'accueil des enfants, soit en dégageant d'autres budgets.

On constate une réduction de la **consommation de contraceptifs** oraux parmi les femmes de 14 à 21 ans sur la période 2008-2012. Les femmes d'origine défavorisée sont moins nombreuses à consommer des contraceptifs oraux. Les femmes de la tranche d'âge étudiée se voient prescrire davantage de pilules plus chères (3^{ème} et 4^{ème} génération). Le choix d'un contraceptif est guidé en premier lieu par le conseil du médecin.

Il nous semble dès lors nécessaire de **revendiquer une meilleure information sur la contraception**. Il est important de mettre à la disposition des femmes et des prescripteurs des informations claires afin de faciliter le choix éclairé des femmes. L'intégration rapide et effective de l'EVRAS dans toutes les écoles constitue également une opportunité pour inciter les jeunes à se renseigner sur les méthodes contraceptives.

S'agissant de **l'interruption volontaire de grossesse (IVG)**, nous avons mis en évidence que si les délais et l'accès à l'avortement sont relativement bons pour le moment, une pénurie de médecins pratiquants des avortements est de plus en plus constatée. Il est difficile de trouver des médecins qui pratiquent des IVG.

C'est pourquoi une attention particulière doit être portée à la **formation et la sensibilisation des médecins à l'IVG**. Nous demandons d'intégrer dans la formation des médecins un module de formation au travail en planning familial, à l'IVG ainsi qu'aux différents modes de contraception. Nous demandons également que soit reconnue la spécificité des médecins généralistes travaillant en centres de planning familial et abortuscentra et de garantir le maintien de leur agrément.

La participation au **dépistage des cancers du sein et de l'utérus** plafonne à 60% pour l'ensemble du pays. Les femmes plus âgées ainsi que les bénéficiaires de l'intervention majorée sont moins dépistées. Nous recommandons une meilleure information des femmes sur les conditions d'accès au dépistage du cancer de l'utérus et sur les avantages et inconvénients pour le dépistage du cancer du sein, en particulier pour les femmes moins dépistées. La collaboration avec les médecins généralistes apparaît comme une piste importante dans l'information des femmes.

Entre 2008 et 2012, la proportion de femmes sous **antidépresseurs** est restée stable. Le volume d'antidépresseurs prescrits a toutefois augmenté mais cette augmentation est le résultat de traitements plus longs (et donc d'une meilleure observance des recommandations de traitement), plutôt que le fait de délivrances uniques. Par ailleurs, nous avons pu constater une diminution du coût total des antidépresseurs (tant pour l'assurance maladie que pour les patientes) liée à la délivrance de médicaments moins chers.

Nous recommandons donc de poursuivre le travail de **réduction du coût des antidépresseurs** en favorisant la prescription des médicaments moins chers.

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

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

Parallèlement à ces recommandations il importe de mettre en place des mesures générales, de justice sociale, pour combattre les injustices de genre qui touchent les femmes.

Dans tous les indicateurs socio-économiques étudiés, la position des femmes est, en moyenne, toujours moins bonne que celles des hommes. De plus, des inégalités entre les femmes elles-mêmes sont nettement visibles. Ainsi, les femmes en situation de monoparentalité ou les groupes sociaux inférieurs courent plus de risque de précarité et ont un moins bon accès aux soins de santé.

C'est pourquoi, nous demandons qu'une véritable réflexion soit menée en vue d'une articulation entre les différentes politiques publiques qui ont un impact direct sur les inégalités de genre. Nous pensons

particulièrement aux politiques sociale, de l'emploi, du logement, de la santé, des services publics (enfance, enseignement, personnes âgées ?).

Dans cette optique, il nous apparait important que des mesures soient prises dans ces domaines :

- Egalité salariale
- Revalorisation des emplois dans les filières « féminines »
- Lutte contre la féminisation du temps partiel
- Réduction collective du temps de travail
- Augmentation du nombre de logements sociaux et du nombre de logements en location dans les agences immobilières sociales
- Contrôle des prix des loyers
- Financement de solutions collectives de garde pour les 0-3 ans
- Investissement dans l'accueil extrascolaire (gratuité, horaire tenant compte des horaires de travail)
- Prise en charge des personnes dépendantes