

La santé et l'accès aux soins : Une urgence pour les femmes en situation de précarité

Rapport n°2017-05-29-SAN-O27 publié le 29 mai 2017

Danielle BOUSQUET, Présidente du Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes
Geneviève COURAUD et **Gilles LAZIMI**, rapporteur.e.s
Margaux COLLET, co-rapporteure





Ce rapport a été rédigé conformément aux recommandations relatives à l'usage du féminin et du masculin du Guide pratique pour une communication publique sans stéréotype de sexe (HCE, 2015).

À retrouver sur notre site internet : haut-conseil-egalite.gouv.fr

Photographies de la couverture extraite de l'exposition : « À la rencontre des femmes oubliées » (photos : Photos Erwan BALANANT / Textes : Eloïse BOUTON), avec l'aimable autorisation de l'Association pour le Développement de la Santé des Femmes (ADSF).

SYNTHÈSE

La France et les pays de niveau socio-économique équivalent ont connu une importante amélioration de l'état de santé de leur population, comme en attestent des indicateurs de santé publique : allongement de l'espérance de vie, net recul de la mortalité infantile, etc. Pourtant, les progrès accomplis ne profitent pas à toutes et tous et les inégalités sociales de santé perdurent.

Jusqu'alors, celles-ci ont été peu abordées dans une perspective de genre, c'est-à-dire avec une analyse de l'impact différencié selon le sexe des déterminants sociaux et des politiques publiques.

S'il est souvent rappelé l'espérance de vie supérieure des femmes (85,4 ans en 2016¹) par rapport à celle des hommes (79,4 ans), les spécificités des femmes concernant certaines pathologies et les obstacles, dans l'accès aux soins, rencontrés par celles traversant une situation de précarité, sont encore peu étudiées.

Contrairement aux idées reçues, **les femmes constituent aujourd'hui la majorité des personnes en situation de précarité**, que l'on retienne le critère :

- des revenus : elles représentent 53 % des personnes pauvres, 57 % des bénéficiaires du revenu social d'activité ;
- des conditions de travail et du type d'emploi : elles constituent 70 % des travailleur.euse.s pauvres, occupent 82 % des emplois à temps partiel et 62 % des emplois non qualifiés ;
- de la situation familiale : les femmes représentent 85 % des chef.fe.s de familles monoparentales et une famille monoparentale sur trois vit sous le seuil de pauvreté.

La précarité est un phénomène multidimensionnel qui ne se réduit pas au seul aspect financier. Dans son Avis de 1987 sur la « Grande pauvreté et précarité économique et sociale », le Conseil Economique, social et environnemental définit **la précarité** ainsi :

« La précarité est l'absence d'une ou plusieurs sécurités notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit à la pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet les chances de réassumer ses responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même dans un avenir prévisible ».

Afin d'analyser l'effet combiné de la précarité et du sexe sur la santé et l'accès aux soins des femmes en situation de précarité, le Haut Conseil à l'Égalité s'est attaché à adopter une approche intersectionnelle qui permet d'analyser comment certaines situations sont la conséquence de systèmes d'oppression multiples, par exemple la classe sociale, le sexe ou l'origine, et ne peuvent être comprises isolément. Selon la définition retenue par le HCE, « cette approche des discriminations ne vise pas à additionner plusieurs critères de discriminations mais bien d'en analyser les effets conjugués, tant dans leurs processus que dans leurs effets. Les personnes concernées peuvent ainsi subir des formes multiples ou aggravées de discrimination. »²

En effet, les problématiques en santé et dans l'accès aux soins des femmes en situation de précarité tiennent à la fois à des inégalités sociales de santé et à des spécificités liées au genre :

- **Depuis 15 ans, les maladies professionnelles, les accidents de travail et de trajet sont en forte augmentation chez les femmes, en particulier dans des secteurs à forte précarité** : notamment celui de la santé, du nettoyage et du travail temporaire dans lesquels les accidents du travail ont augmenté de 81 % et les accidents de trajet de 43 % depuis 2001 ;

1 - Insee, statistiques de l'état civil et estimations de population, 2016.

2 - HCE, rapport EGATER, juin 2014, p.40.

- ▶ **Les femmes, en général, sont plus exposées que les hommes aux troubles psychologiques et ces troubles sont renforcés pour celles confrontées à une situation de précarité :** à un même niveau de précarité (quintile 5 du score EPICES), le pourcentage d'anxiodépressif.ive.s est de 41,7 % chez les femmes et de 34,4 % chez les hommes ;
- ▶ **Les femmes en situation de précarité ont un moindre suivi gynécologique : elles ont moins recours à une contraception** (6,5 % des ouvrières sont sans aucune contraception contre 1,6 % des femmes cadres), **ont plus souvent de grossesses à risque et ont moins souvent recours aux dépistages du cancer du sein et du col de l'utérus que l'ensemble des femmes** (31 % des femmes vivant au sein d'un ménage ayant des revenus inférieurs à 2000 € par mois n'ont pas réalisé de frottis dans les 3 dernières années, contre 19 % pour les femmes appartenant à un ménage ayant des revenus compris entre 2000 et 4000 €) ;
- ▶ **La mortalité prématurée liée à des maladies cérébro-cardiovasculaires chez les ouvrières est en moyenne 3 fois supérieure à celle des cadres et professions intermédiaires**, ce qui s'explique par des risques accrus liés aux conditions de vie (tabac, alcool, obésité, risques psychosociaux au travail), une prise en charge plus tardive chez les femmes en général (55 % des accidents cardiaques sont fatals pour les femmes et 43 % pour les hommes) et un moindre dépistage chez les précaires en particulier.

Parce qu'elles traversent une situation de précarité, ces femmes connaissent une santé dégradée et un moindre accès aux soins : selon une étude de juin 2016, les femmes représentent 64 % des personnes ayant reporté ou renoncé à des soins au cours des 12 derniers mois³. Le Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté fait le constat que la France est l'un des pays où les inégalités sociales de santé sont les plus fortes. Multifactorielles, elles relèvent des conditions de vie et de travail mais aussi de l'accessibilité et de l'utilisation du système de soins :

- ▶ **Les conditions de travail des femmes précaires** — principalement dans le secteur tertiaire, avec des horaires fractionnés, en tant qu'assistantes maternelles, aides à domicile, employées de maison, hôtesses de caisse — sont pénibles et stressantes et les exposent à des risques, psychosociaux notamment, des maladies professionnelles, des accidents du travail et de trajet. Or, ces enjeux sont encore trop souvent absents des dispositifs de prévention et de compensation des risques et de la pénibilité au travail ;
- ▶ **Le manque de moyens financiers** constitue la première cause de renoncement aux soins et a directement des conséquences sur leur alimentation (plus faible en qualité, en quantité et en diversité), l'accès à un logement digne et à des activités sportives et culturelles, éléments constitutifs d'une bonne santé définie par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme un « état de bien-être psychique, mental et social » ;
- ▶ **Les freins culturels et symboliques** éloignent également les femmes en situation de précarité du système de soins. Elles vont recourir plus tardivement et plus difficilement aux professionnel.le.s de santé, soit parce qu'elles ont bien d'autres préoccupations à gérer au quotidien que leur santé, soit parce qu'elles ont des difficultés de compréhension et de connaissance du milieu médical.

Parce qu'elles sont des femmes, les femmes en situation de précarité subissent donc pleinement les conséquences du sexisme, encore présent dans la société en général :

- ▶ Dans leur quotidien : la prépondérance du sexisme continue de faire peser sur elles la charge mentale liée à l'organisation des charges domestiques et familiales qui entrave leur accès aux soins par manque de disponibilité et par priorisation du soin des enfants et proches. Elles sont également susceptibles d'être exposées aux violences dans leur vie familiale et professionnelle, avec des conséquences sur leur santé psychique et physique ;
- ▶ Dans leurs démarches de santé : l'androcentrisme de la médecine (recherches, diagnostics, protocoles de soin...) peut nier certaines spécificités des femmes, au détriment d'un dépistage et d'un traitement efficaces de certaines pathologies cérébro-cardiovasculaires notamment.

3 - ODENORE/PACTE/CNRS, Diagnostic quantitatif du renoncement aux soins des assurés de 18 Caisses primaires d'assurance maladie, 2016, p.11.

En matière de santé, les obstacles liés à la précarité et au sexe se conjuguent donc et peuvent s'aggraver pour les femmes migrantes, les femmes en situation de handicap ou pour les femmes résidant dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville et les territoires ruraux.

Afin de mieux prendre en compte et combattre ces inégalités sociales et sexuées, le Haut Conseil à l'Égalité émet 21 recommandations à l'attention des pouvoirs publics :

- articulées en 3 axes ;
- et selon une double approche d'intégration du genre dans les politiques publiques de lutte contre les inégalités sociales de santé et de développement des dispositifs spécifiques pour répondre aux problématiques des femmes en situation de précarité.

AXE 1 : Mieux évaluer les risques et la pénibilité des postes majoritairement occupés par des femmes en situation de précarité

- En généralisant le recueil et la publication régulière de données sexuées en matière de santé au travail ;
- En prenant mieux en compte les contraintes des emplois majoritairement occupés par les femmes en situation de précarité ;
- En faisant de la médecine du travail un levier essentiel pour améliorer la santé des femmes en situation de précarité au travail ;
- En améliorant la protection des femmes enceintes au travail dans la période prénatale.

AXE 2 : Adapter l'offre de soins et la prise en charge pour mieux répondre aux besoins des femmes en situation de précarité

- En associant les femmes au diagnostic des besoins identifiés sur un territoire ;
- En levant les freins financiers ;
- En formant et en outillant les professionnel.le.s de santé ;
- En rendant l'offre de soin accessible géographiquement et adaptée aux besoins sanitaires des habitant.e.s sur le territoire ;
- En accompagnant les femmes tout au long de leur parcours de soin ;
- En adaptant les horaires aux contraintes des femmes en situation de précarité.

AXE 3 : Intégrer les spécificités des femmes précaires dans les politiques publiques existantes de réduction des inégalités sociales de santé

- En s'appuyant sur l'évaluation, à mi-parcours, des contrats de ville et notamment, sur la mise en place effective d'indicateurs sexués dans les diagnostics et le suivi des actions et sur la poursuite de cette démarche dans la seconde génération des contrats de ruralité ;
- En prenant mieux en compte les besoins des femmes pour améliorer l'efficacité des permanences d'accès aux soins et de santé au sein des hôpitaux ;
- En intégrant la question de la santé des femmes en situation de précarité dans les objectifs des Plans régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) et les Plans régionaux santé au travail (PRST).

RECOMMANDATIONS

Le Haut Conseil à l'Égalité recommande aux pouvoirs publics une double approche :

- 1- Approche intégrée : intégrer le genre dans les politiques publiques existantes de lutte contre les inégalités sociales de santé ;*
- 2- Approche spécifique : développer des dispositifs appropriés pour répondre aux problématiques spécifiques des femmes en situation de précarité.*

AXE 1 : Mieux évaluer les risques et la pénibilité des postes majoritairement occupés par des femmes en situation de précarité

Recommandation n°1 : Généraliser le recueil et la publication régulière de données sexuées en matière de santé au travail :

- ▀ en mettant en œuvre l'obligation de publier des données sexuées en matière de santé au travail dans les bilans produits par la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) et les rapports annuels des médecins du travail ;
- ▀ en généralisant la production de données sexuées dans les études produites par les mutuelles d'entreprise, par la fonction publique et par l'Assurance maladie (notamment concernant les arrêts de travail) ;
- ▀ en prenant en compte l'analyse différenciée des conditions de travail des hommes et des femmes dans les analyses qualitatives produites par les organismes de recherche spécialisés, notamment l'Institut national de recherche et de sécurité (INRS) et la Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (DARES) du ministère chargé du Travail.

Recommandation n°2 : Mieux prendre en compte les contraintes des emplois majoritairement occupés par les femmes en situation de précarité :

- ▀ Pour permettre une plus juste compensation dans le cadre du compte personnel de prévention de la pénibilité :
 - modifier par décret les seuils des critères de pénibilité, notamment pour reconnaître que la manutention de charges peu importantes mais répétées constitue un niveau de pénibilité élevé ;
 - compléter les critères déjà existants pour prendre en compte les conditions de travail des femmes : considérer la station debout parmi les « postures pénibles », considérer les produits ménagers parmi les « agents chimiques dangereux » et intégrer les horaires atypiques dans le « travail en équipe en horaires alternants » ;
 - suite à des enquêtes épidémiologiques approfondies sur leur impact sur la santé, prendre en compte de nouveaux facteurs de pénibilité propres aux emplois occupés majoritairement par des femmes : multiplication des trajets pour des interventions à domicile, exposition aux risques biologiques, etc.
- ▀ Pour reconnaître le lien entre risques psychosociaux et troubles de santé mentale : reconnaître les troubles de santé mentale parmi les maladies professionnelles (dépression, épuisement, dépression réactionnelle, état de stress post traumatique lié aux agressions).

Recommandation n°3 : Faire de la médecine du travail un levier essentiel pour améliorer la santé des femmes en situation de précarité au travail :

- ▶ favoriser le recrutement de médecins du travail ;
- ▶ imposer des visites sur sites aux médecins du travail ;
- ▶ étendre les types de risques visés par l'obligation d'une visite médicale d'embauche ;
- ▶ rappeler à l'ensemble des médecins du travail, par une circulaire du ministère chargé du Travail, leur mission de conseil en matière de repérage du harcèlement moral et sexuel et les informer de la reconnaissance de l'agissement sexiste dans le Code du travail (depuis le 19 août 2015 pour le secteur privé, depuis le 8 août 2016 pour le secteur public).

Recommandation n°4 : Améliorer la protection des femmes enceintes au travail dans la période prénatale :

- ▶ par la systématisation de l'entretien prénatal précoce (EPP), réalisé par un.e médecin ou un.e sage-femme, d'une durée comprise entre 45 minutes et 1 heure, pris en charge par l'Assurance maladie, qui permet d'aborder les conditions de vie, de travail et de logement et de prévenir des risques pour la santé de la femme enceinte liés à ses conditions de travail ;
- ▶ par l'information systématique des femmes qui signalent une grossesse à leur employeur.se de la possibilité de consulter la médecine du travail pour évaluer si leurs conditions de travail doivent être aménagées, tel que prévu par le Décret du 27 décembre 2016 relatif à la modernisation de la médecine du travail.

AXE 2 : Adapter l'offre de soins et la prise en charge pour mieux répondre aux besoins des femmes en situation de précarité

En associant les femmes au diagnostic des besoins identifiés sur un territoire

Recommandation n°5 : Financer la mise en place, dans les lieux de soins, de temps d'échanges entre les patientes pour partir des besoins identifiés par les femmes elles-mêmes et proposer ainsi une offre de soin adaptée.

Recommandation n°6 : Soutenir les associations de promotion des droits des femmes qui mettent en place une approche en santé (nutrition, risques tabagiques, accès à la contraception, accès aux droits en santé...), notamment par le financement de permanences sur place, délocalisées ou mobiles, de professionnel.le.s du champ social et médical.

En levant les freins financiers

Recommandation n°7 : Prendre en charge à 100 % par l'État les soins dispensés aux victimes, y compris majeures, de violences de genre, incluant les soins dispensés par des psychologues, des médecins et des psychiatres formé.e.s et spécialisé.e.s sur les conséquences psycho-traumatiques des violences.

Recommandation n°8 : Améliorer le taux de recours aux aides financières existantes en simplifiant les dispositifs, par :

- ▶ la fusion de l'aide médicale d'État (AME), l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) et la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) ;
- ▶ l'automatisme de l'accès à la CMU-C pour les bénéficiaires du RSA.

Recommandation n°9 : Faire connaître et communiquer sur les droits en matière de santé par :

- ▶ une communication régulière autour du site « mesdroitssociaux.fr » récemment créé par le ministère de la Santé ;
- ▶ la création d'une plateforme téléphonique nationale (« numéro social vert ») pour informer sur les droits en santé ;
- ▶ le déploiement de campagnes régulières sur les différents numéros existants en matière de santé sexuelle et de lutte contre les violences (numéro Violences Femmes Info 3919, numéro vert national Sexualités, Contraception, IVG 0 800 08 11 11...) ;
- ▶ informer et sensibiliser les professionnel.le.s de santé de l'existence, depuis 2016, de la « ligne urgence précarité » (LUP) permettant de signaler à l'Assurance Maladie des personnes rencontrant des difficultés liées à l'accès aux droits.

Recommandation n°10 : S'assurer de la mise en œuvre réelle des obligations de prise en charge des patient.e.s à faibles ressources partout sur le territoire par :

- ▶ la généralisation effective du tiers-payant ;
- ▶ la mise en place de testings pour contrôler l'effectivité de l'obligation d'accueillir tout.e bénéficiaire de la CMU-C.

En formant et en outillant les professionnel.le.s de santé

Recommandation n°11 : Améliorer la formation initiale et continue des médecins et de l'ensemble des professionnel.le.s de santé afin de :

- ▶ faire évoluer les pratiques pour proposer un accueil adapté aux personnes en situation de précarité ;
- ▶ mieux prendre en compte les spécificités des femmes dans les diagnostics et les traitements ;
- ▶ généraliser le dépistage systématique des violences faites aux femmes ;
- ▶ prévenir et dépister le harcèlement sexuel et l'agissement sexiste au travail (formation des médecins du travail, des médecins de prévention, des infirmier.e.s, des internes en médecine du travail).

Recommandation n°12 : Développer des outils de communication adaptés (plaquettes de sensibilisation, vidéos), en associant des usager.e.s à leur élaboration, diffusés dans les pharmacies et les lieux de soins. Financer le recours à des services d'interprétariat (langues étrangères et langue des signes) dans les centres de soins.

En rendant l'offre de soin accessible géographiquement et adaptée aux besoins sanitaires des habitant.e.s sur le territoire

Recommandation n°13 : Garantir l'accès aux structures de soins, notamment en :

- ▶ encourageant et finançant la création de centres municipaux ou intercommunaux de santé dans les déserts médicaux ;
- ▶ créant des unités de soin mobiles dans les déserts médicaux, axées prioritairement sur la prévention en gynécologie, dentaire et ophtalmologie ;
- ▶ rappelant les obligations de mise en accessibilité pour les personnes handicapées des centres de soins et cabinets médicaux et paramédicaux ;
- ▶ développant la prise en charge des déplacements en transports en commun et les initiatives de co-voiturage pour se rendre aux services spécialisés les plus proches.

Recommandation n°14 : Favoriser la réalisation d'actes à domicile (frottis...) par la généralisation de protocoles de coopération, soumis à la validation de la Haute Autorité de Santé, pour des transferts de compétences entre médecins, infirmier.e.s et sages-femmes pour aller vers les femmes les plus éloignées du système de santé.

En accompagnant les femmes tout au long de leurs parcours de soin

Recommandation n°15 : Accompagner les patientes en situation de précarité tout au long de leur parcours de soin et assurer un suivi entre les professionnel.le.s via :

- ▀ la désignation, au sein de la structure de soins, d'un.e « référent.e unique » pour le suivi des patient.e.s en situation de précarité ;
- ▀ la mise en place du dossier médical partagé pour faire le lien entre les différent.e.s praticien.ne.s et éviter les ruptures de parcours de soins, comme le prévoit la loi du 26 janvier 2016 pour la modernisation de notre système de santé.

Recommandation n°16 : Favoriser et financer la présence de médiateur.ice.s en santé, chargé.e.s de faire le lien entre le système de santé et une population qui éprouve des difficultés à y accéder, dans les structures de soins.

En adaptant les horaires aux contraintes des femmes en situation de précarité

Recommandation n°17 : Prévoir des horaires d'ouverture à amplitude large dans les lieux de soins (médecine libérale, hôpitaux, centres de protection maternelle et infantile...) avec des consultations sans rendez-vous pour mieux prendre en compte les contraintes horaires des femmes en situation de précarité.

Recommandation n°18 : Expérimenter la réservation de places pour les jeunes enfants dans des garderies, au sein de l'hôpital, le temps de l'hospitalisation de leur mère lorsque celle-ci est en situation d'isolement social et de précarité économique.

AXE 3 : Intégrer les spécificités des femmes en situation de précarité dans les politiques publiques existantes de réduction des inégalités sociales de santé

Recommandation n°19 : Mieux prendre en compte les besoins des femmes pour améliorer l'efficacité des Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS), notamment en :

- ▀ évaluant le fonctionnement des PASS déjà déployées à partir de statistiques sexuées ;
- ▀ encourageant la signature de conventions avec des partenaires associatifs et des réseaux de professionnel.le.s locaux.ales (permanences du planning familial ou d'associations spécialisées sur les violences faites aux femmes) ;
- ▀ développant les PASS de ville, à l'image de celui de Saint-Denis, afin d'améliorer leur accessibilité géographique pour la patientèle.

Recommandation n°20 : Généraliser la production et l'appui sur des statistiques sexuées dans les contrats de ville et les contrats de ruralité :

- ▀ S'appuyer sur des statistiques sexuées pour évaluer à mi-parcours, en 2018, la mise en œuvre des contrats de ville (approche intégrée et mesures spécifiques) ;
- ▀ S'appuyer sur des statistiques sexuées pour évaluer à mi-parcours, à partir de fin 2018, la mise en œuvre des contrats de ruralité, et intégrer l'égalité femmes-hommes comme priorité transversale dans la seconde génération des contrats de ruralité.

Recommandation n°21 : Assurer l'identification et la prise en compte dans les Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) des problématiques spécifiques rencontrées par les femmes en situation de précarité, afin d'agir au mieux sur leur état de santé et leur égal accès aux soins.

SOMMAIRE

SYNTHÈSE	3
RECOMMANDATIONS	6
SOMMAIRE	11
INTRODUCTION	15

SECTION 1 – QUATRE INDICATEURS D'UNE SANTÉ DÉTERIORÉE DES FEMMES : LA PRÉCARITÉ EN QUESTION 17

1. Les femmes en situation de précarité sont de plus en plus concernées par les maladies dites professionnelles et les accidents	19
a. Depuis 2001, une augmentation de 155 % des maladies professionnelles reconnues chez les femmes, en particulier les plus précaires	19
b. Les troubles musculo-squelettiques (TMS), une maladie des femmes en situation de précarité.	20
c. Les accidents du travail et de trajet en augmentation chez les femmes, en particulier pour les branches et les catégories socio-professionnelles touchées par la précarité	21
2. Les femmes en situation de précarité sont davantage touchées par certains troubles psychologiques et affections psychiatriques	23
a. Des troubles aggravés en situation de précarité... ..	24
b. ...qui s'expliquent notamment par des situations d'isolement social	24
3. Un moindre suivi gynécologique et une plus forte exposition aux cancers spécifiques aux femmes	27
a. Les femmes en situation de précarité sont moins suivies en gynécologie et utilisent moins souvent un moyen de contraception que la moyenne	27
b. Les grossesses sont peu suivies et présentent plus souvent des risques	29
c. Elles participent moins aux dépistages des cancers spécifiques des femmes et y survivent moins souvent	29
Le cancer du sein	30
Le travail de nuit : un facteur de risque bien établi	30
Le cancer du col de l'utérus	31
Vaccin contre le HPV	31
Frottis cervico-utérin	32

4. Les femmes en situation de précarité présentent des risques accrus de maladies cardio-cérébro-vasculaires	33
a. Des risques accrus liés à la précarité...	33
Le tabac	34
L'alcool	34
L'obésité	35
b. ...et un dépistage moins fréquent et plus tardif	36
Chez les femmes, de manière générale	36
Chez les femmes en situation de précarité, en particulier	36

SECTION 2 – LES FEMMES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ FONT FACE À DES DÉTERMINANTS SOCIAUX DE SANTÉ PARTICULIÈREMENT DÉGRADÉS 39

1. Des conditions de travail plus usantes, plus stressantes et insuffisamment considérées comme telles	41
a. Temps partiels, contrats instables et emplois non qualifiés : quand le travail alimente la précarité et dégrade les conditions de vie, dont la santé.	41
b. Des dispositifs de prévention, d'accompagnement et de compensation qui intègrent trop peu les spécificités des emplois et des conditions de travail des femmes précaires	42
Les risques	43
Les risques psychosociaux concernent majoritairement les femmes et ont un impact sur leur santé	43
Une prévention et une compensation des risques psychosociaux insuffisantes	45
La pénibilité	46
Une définition indifférente aux conditions de travail des femmes en situation de précarité	46
La nécessité de mieux prendre en compte la pénibilité du travail des femmes en situation de précarité	47
Les négociations annuelles obligatoires sur la qualité de vie au travail	49
La médecine du travail	50
Un levier essentiel pour l'accès à la santé et la prévention des risques au travail	50
Un contexte global de remise en question, qui impacte particulièrement les femmes en situation de précarité	51
c. Le cas particulier des grossesses	52
Des possibilités d'aménagement des conditions de travail limitées dans les faits.	52
Les discriminations liées à la grossesse peuvent constituer un facteur aggravant de précarité.	54

2. Une insécurité sociale et économique qui influe sur le mode de vie, le rapport à son corps et au temps	55
a. Impacts directs de la précarité sur la santé des femmes : mauvaise alimentation, logement dégradé, absence de loisirs et de pratiques sportives liés aux contraintes financières	55
L'insuffisance des moyens financiers entraîne une plus faible qualité, quantité et diversité de l'alimentation et impacte la santé	55
Les difficultés économiques impactent l'accès à un logement digne, aux loisirs, au sport et à la culture qui sont des facteurs de bonne santé	56
Le logement.	56
Les vacances, les loisirs et la culture	57
La pratique sportive	57
b. Impacts indirects de la précarité sur la santé : rapport déprécié à son corps et à l'estime de soi et difficulté à se projeter et à planifier son temps	59
Le bien-être relégué au second plan	59
Une faible estime d'elles-mêmes : quand la précarité rend les diktats qui pèsent sur les corps des femmes d'autant plus violents	59
3. La précarité rend les femmes plus vulnérables face aux violences de genre et entrave l'accès à un accompagnement adéquat	63
a. Les violences faites aux femmes ont un fort impact sur leur santé	63
b. La précarité expose à des violences spécifiques	65
La prostitution face au manque de ressources financières	65
La violence et le sexisme au travail	67
Les violences au sein du couple	68
c. L'éloignement du système de soins entrave la sortie des violences	69

SECTION 3 – AMÉLIORER LE SYSTÈME DE SOINS POUR AMÉLIORER LA SANTÉ DES FEMMES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ 71

1. Lever les freins financiers et améliorer le recours aux droits.	73
a. Lever les derniers freins financiers	75
Prendre en charge à 100 % des soins supplémentaires	75
Élargir l'accès aux dispositifs d'aide financière	75
b. Améliorer le recours aux droits pour permettre le plein bénéfice des aides financières existantes	76
Simplifier les dispositifs et les démarches d'ouverture des droits	77
Faire connaître les dispositifs et les démarches d'ouverture des droits par un accompagnement personnalisé et une communication renforcée	78

c. Garantir un accueil adapté par les professionnel.le.s de santé	80
Lutter contre la stigmatisation et les pratiques discriminatoires.	80
Stigmatisation et moins bonne prise en charge basées sur des stéréotypes	80
Un refus de soin discriminatoire	81
Former et outiller les professionnel.le.s pour un accueil adapté	83
Former les professionnel.le.s	83
Outiller les professionnel.le.s	86
2. Agir sur l'organisation de l'offre de soins, « aller vers » les populations les plus éloignées du système de santé et développer une approche en santé communautaire	89
a. Garantir l'accessibilité des soins (proximité géographique et accès pour les femmes en situation de handicap)	90
Réduire les inégalités d'offre de soins sur le territoire	90
Aider à la mobilité des patient.e.s	93
Garantir l'accessibilité pour les femmes en situation de handicap.	94
Développer la démarche d'« aller vers » les femmes les plus éloignées du système de soins	95
b. Développer une approche en santé globale et communautaire	97
Partir des besoins identifiés par les usagères elles-mêmes	99
Prendre en charge les patient.e.s de façon globale	100
Approche pluri-professionnelle et échanges sur les pratiques	101
Promotion de l'accès aux droits.	102
Consultations médicales volontairement plus longues.	102
Partenariats locaux et actions de sensibilisation hors les murs	103
Réduire les freins symboliques et culturels	103
La médiation en santé : un pont entre médecins et patient.e.s à développer	103
L'interprétariat linguistique : comprendre et se faire comprendre pour une meilleure efficacité en santé	106
Adapter les horaires aux contraintes des femmes en situation de précarité	107
3. Adopter une perspective de genre dans les politiques de réduction des inégalités sociales de santé	109
a. dans les Permanences d'accès aux soins de santé (PASS)	109
b. dans l'évaluation des contrats de ville et des contrats de ruralité	110
c. dans les Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (P.R.A.P.S.)	113

GLOSSAIRE	115
------------------------	------------

REMERCIEMENTS	119
----------------------------	------------

INTRODUCTION

1. Dans son rapport EGAlITER (2014), le Haut Conseil à l'Égalité mettait en évidence le renforcement des inégalités femmes-hommes lorsqu'elles sont cumulées à des inégalités sociales et territoriales, dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville et dans les territoires très ruraux.

Ce rapport faisait état :

- ▀ d'une moins bonne santé des femmes et de difficultés d'accès aux soins dans ces territoires dues à des situations de précarité économique et sociale,
- ▀ de l'existence de territoires où l'offre de soins est insuffisante,
- ▀ d'un plus fort renoncement aux soins et du poids des stéréotypes de sexe.

2. Dans la continuité de ce travail, les membres de la Commission « Santé, droits sexuels et reproductifs » du HCE ont souhaité approfondir les connaissances sur la santé des femmes en situation de précarité, ses spécificités et ses déterminants, afin d'identifier des leviers pour garantir un accès effectif aux soins et une meilleure santé des femmes en situation de précarité.

Les problématiques en santé des femmes en situation de précarité tiennent à la fois :

- ▀ à des spécificités par rapport aux hommes, liées au sexisme qui imprègne encore la société en général (le travail, les relations familiales et sociales, etc.) et à l'androcentrisme de la médecine ;
- ▀ à des inégalités sociales de santé : selon le Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté, la France est l'un des pays où les inégalités sociales de santé sont les plus fortes. Multifactorielles, elles tiennent aussi bien aux conditions et à l'environnement de vie et de travail qu'à l'accès et à la bonne utilisation du système de soins.

S'appuyant sur des ressources documentaires, sur 17 auditions de chercheur.euse.s, de professionnel.le.s médicaux.ales exerçant en milieu hospitalier ou en centres de santé, de syndicats, d'associations accompagnant les personnes en grande précarité et de représentant.e.s de l'action publique (Commissariat général à l'égalité des territoires, Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, Direction générale de l'offre de soins du ministère de la Santé), **le Haut Conseil explore ici les inégalités sociales de santé en croisant les effets conjugués de la précarité et du sexe, dans une approche intersectionnelle⁴.**

3. La précarité est un phénomène multidimensionnel qui ne se réduit pas au seul aspect financier. Dans son Avis de 1987 sur la « Grande pauvreté et précarité économique et sociale », le Conseil Economique, social et environnemental définit **la précarité** ainsi :

« La précarité est l'absence d'une ou plusieurs sécurités notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit à la pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet les chances de réassumer ses responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même dans un avenir prévisible ».

Etant donné la multiplicité des situations qui peuvent conduire à la précarité, les indicateurs retenus varient au fil de la rédaction de ce rapport (revenus du ménage, catégories socio-professionnelles, types de contrats, bénéficiaires ou non d'aides financières, territoire de résidence...). C'est la cumulation de ces critères qui conduit à la précarité. En effet, toutes les mères de familles monoparentales ne sont pas précaires, ni toutes les employées en contrats à durée déterminée.

4 - HENNETTE-VAUCHEZ Stéphanie, PICHARD Marc, ROMAN Diane, « Analyse des configurations dans lesquelles la discrimination opère au carrefour de diverses caractéristiques de la personne (par exemple son genre, son origine ethnique, sa religion ou son orientation sexuelle). », La loi et le Genre, CNRS édition, 2014, p. 693-698.

Si la précarité recouvre une hétérogénéité de situations, rappelons qu'en France, ce sont les femmes qui sont majoritairement concernées, que l'on retienne le critère :

- ▀ **Des revenus** : 14,3 % des femmes vivaient sous le seuil de pauvreté en France (et 13,6 % des hommes) et elles représentent 53 % des personnes pauvres⁵ en France en 2013 (4,5 millions de femmes et 4 millions d'hommes) et 57 % des bénéficiaires du RSA en 2013 ;
- ▀ **Des conditions de travail et du type d'emploi** : si le taux d'activité des femmes n'a cessé d'augmenter depuis vingt ans, il faut regarder dans le détail le type d'emploi qu'elles occupent : elles constituent 70 % des travailleuse.s pauvres exerçant un emploi procurant un revenu inférieur à 964 € mensuels, elles représentent 82 % des emplois à temps partiel et occupent 62 % des emplois non qualifiés⁶ ;
- ▀ **De la situation familiale** : les femmes représentent 85 % des chef.fe.s de familles monoparentales et cette configuration familiale a un impact sur leur insertion sur le marché du travail. 82 % des mères isolées sont actives et, parmi elles, 17 % sont au chômage dont 47 % de longue durée⁷. Une famille monoparentale sur trois vit sous le seuil de pauvreté et les mères inactives sont encore plus souvent concernées : 68 % d'entre elles sont pauvres⁸.

Les femmes en situation de précarité cumulent donc une insécurité sociale et économique qui peut d'une part, avoir un impact sur leur santé physique et psychologique et, d'autre part, compliquer leur accès aux soins.

5 - Une personne est considérée comme pauvre lorsqu'elle vit dans un ménage dont le niveau de vie est inférieur au seuil de pauvreté. Le seuil de pauvreté monétaire est fixé à 60 % du niveau de vie médian, en 2014 ce seuil s'établit à 1008€ par mois. (INSEE).

6 - DUHAMEL Evelyne, JOYEUX Henri, 2013, Femmes et précarité, Délégation aux droits des femmes du Conseil économique, social et environnemental (CESE).

7 - DREES, Dossier Solidarité et santé les familles monoparentales depuis 1990, juillet 2015, p.16.

8 - Ministère des familles, de l'enfance et des droits des femmes, Vers l'égalité réelle entre les femmes et les hommes, chiffres-clés 2016, p.34.

SECTION 1 :
Quatre indicateurs
d'une santé
déteriorée des
femmes : la précarité
en question

1. Les femmes en situation de précarité sont de plus en plus concernées par les maladies dites professionnelles et les accidents

Si le champ de la santé au travail est longtemps resté au « masculin-neutre », les travaux menés en particulier par l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT), depuis une dizaine d'années, ont permis de mettre en lumière le fait que la répartition sexuée des secteurs, des métiers ou des activités induit des conditions de travail différentes et une exposition différenciée aux risques et pénibilités, et donc des impacts différenciés sur la santé et les parcours professionnels des femmes et des hommes.

Pour évaluer ces risques et ces impacts, les statiques sexuées sont indispensables. La loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé rend obligatoire la présentation par sexe des statistiques produites chaque année par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), en particulier sur les accidents du travail et de trajet et les maladies professionnelles. Elles permettront d'affiner l'analyse, au fil des années, des taux de fréquence par sexe selon les secteurs et les types d'emploi.

a. Depuis 2001, une augmentation de 155 % des maladies professionnelles reconnues chez les femmes, en particulier les plus précaires

Une maladie est dite « professionnelle » si elle est la conséquence directe de l'exposition d'un.e travailleur.euse à un risque physique, chimique ou biologique, ou si elle résulte des conditions dans lesquelles elle.il exerce son activité professionnelle.

Une maladie peut être reconnue comme résultant de l'activité professionnelle :

- ▶ lorsque le.la salarié.e est exposé.e à l'ensemble des critères définis par les tableaux des maladies professionnelles reconnues par le code de la sécurité sociale⁹ ;
- ▶ lorsqu'elle.il en a apporté la preuve à un Comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP), saisi soit directement par la personne malade, soit par la caisse primaire d'assurance maladie ou par la caisse de Mutualité sociale agricole.

Pour l'année 2015, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) a recensé 25 982 maladies professionnelles concernant des hommes (soit 51 % des maladies professionnelles en 2015) et 24 978 maladies professionnelles concernant des femmes (soit 49 %).

9 - Annexés au code de la sécurité sociale, les tableaux des maladies professionnelles sont créés et modifiés par décrets. À ce jour, il existe 114 tableaux pour le régime général et 59 tableaux pour le régime agricole. www.inrs-mp.fr/mp

Il faut observer que l'écart tend à se rapprocher puisqu'entre 2000 et 2015, **les maladies professionnelles reconnues connaissent une hausse de 155 % chez les femmes, contre 80 % chez les hommes, soit presque le double chez les femmes**¹⁰.

Cette explosion du nombre de maladies professionnelles reconnues pour des femmes est concentrée dans 3 secteurs :

- Industries du transport, de l'eau, du gaz, de l'électricité, du livre et de la communication : le nombre de maladies professionnelles reconnues chez les femmes augmente de 336,9 % (ex : typographe)
- Commerce non alimentaire : + 308,4 % (ex : vendeuse non alimentaire)
- Activités de services : santé, nettoyage, travail temporaire : + 305,0 % (ex : femme de ménage).

Cette évolution s'explique à la fois par une augmentation de la déclaration par les médecins (vigilance plus importante), par une meilleure reconnaissance des maladies des femmes et par l'augmentation de celles-ci due à une modification des conditions de travail et la concentration des femmes sur certains types de postes.

Les troubles musculo-squelettiques (TMS) représentent l'immense majorité des maladies professionnelles reconnues chez les femmes et les hommes : 87 % en 2015¹¹. Ils concernent l'appareil locomoteur, le plus souvent les membres supérieurs, et touchent les articulations, les muscles et les tendons, entraînant notamment des tendinites, des lombalgies ou des syndromes du canal carpien.

b. Les troubles musculo-squelettiques (TMS), une maladie des femmes en situation de précarité

Selon l'ANACT, toutes catégories socioprofessionnelles confondues, les femmes (54 %) encourent plus de risque de troubles musculo-squelettiques que les hommes (46 %).¹²

Les catégories les plus confrontées à la précarité, employées et ouvrières, sont de loin les plus concernées par les TMS. Au sein de ces catégories, les femmes sont bien plus exposées que les hommes : **le taux de fréquence des TMS chez les ouvrières est de 8,4 pour un million d'heures salariées contre 2,4 pour les ouvriers**. Il est de 1,6 pour les employées contre 0,5 pour les employés.

L'indice de gravité des TMS touchant les femmes est supérieur à celui des hommes dans toutes les catégories socioprofessionnelles, et il est trois fois plus important chez les ouvrières que chez les ouvriers.¹³

Les professions d'agent.e.s d'entretien, d'aide à domicile et d'aide-ménagère, où les femmes sont surreprésentées, sont particulièrement propices à l'hyper-sollicitation des membres supérieurs ainsi qu'à des postures inconfortables et répétées.

Cette pénibilité est renforcée par une pression constante sur le rythme de travail.

« Le risque accru de TMS pour les ouvrières provient pour partie du fait que leur travail est plus répétitif, et qu'elles disposent d'une latitude décisionnelle plus faible pour le mener à bien. »

Agence Nationale pour l'amélioration des conditions de travail¹⁴

Ainsi, parmi les ouvrier.e.s, comme les employé.e.s de commerce, les femmes sont celles majoritairement contraintes à des gestes répétitifs, à cadence élevée, au minimum plus de 10h/semaine, ainsi qu'à des contraintes posturales¹⁵.

10 - ANACT, « Santé et conditions de travail : données statistiques sexuées », mars 2017.

11 - Caisse d'assurance maladies risques professionnels, Rapport de gestion 2015, paru en 2016, p.93.

12 - ANACT, Photographie statistique des accidents de travail, des accidents de trajet, et des maladies professionnelles en France selon le sexe entre 2001 et 2015, 2017.

13 - ANACT, Photographie statistique des accidents de travail, des accidents de trajet, et des maladies professionnelles en France selon le sexe entre 2001 et 2015, 2017.

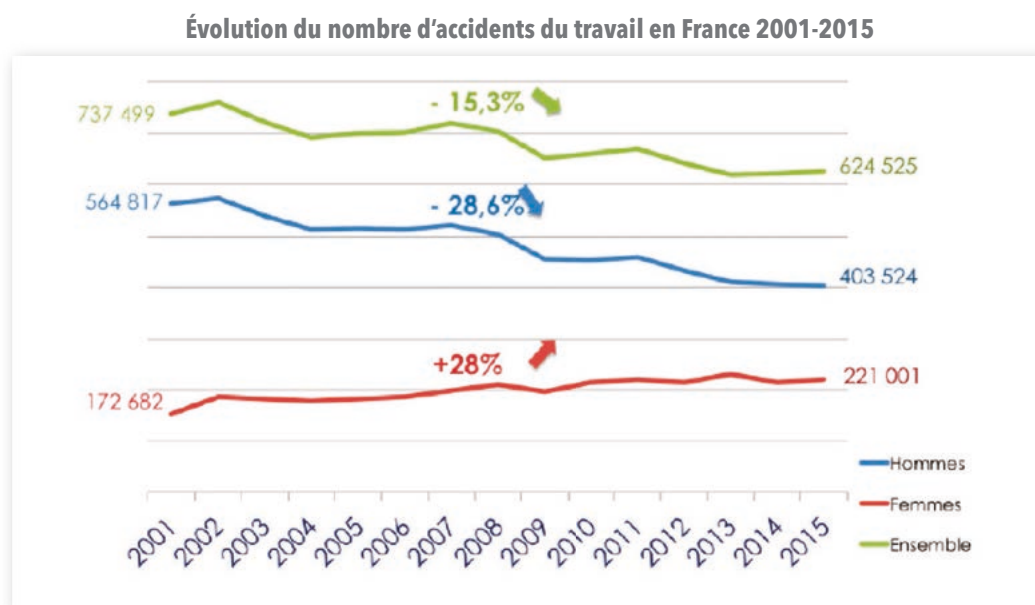
14 - ANACT, Les facteurs psychosociaux de risques au travail et la santé : une approche par genre des données statistiques nationales, Août 2014.

15 - ANACT, Risques de santé et risques psychosociaux au travail selon le genre, octobre 2009.

c. Les accidents du travail et de trajet en augmentation chez les femmes, en particulier pour les branches et les catégories socio-professionnelles touchées par la précarité

Les accidents du travail ayant entraîné un arrêt sont en baisse sur la population générale. Si les accidents du travail et les accidents de trajet restent plus importants chez les hommes, depuis une quinzaine d'années, l'analyse sexuée réalisée par l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT) des données compilées par la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) révèle néanmoins une évolution inverse chez les hommes et les femmes : baisse continue chez les hommes, augmentation pour les femmes.

Selon la photographie statistique de l'ANACT publiée en mars 2017¹⁶, « si les accidents du travail avec arrêt baissent globalement de 15,3 % entre 2001 et 2015, ils progressent pour les femmes. Sur cette période de 14 ans, les accidents du travail ont augmenté de 28 % pour les femmes tandis qu'ils ont baissé de 28,6 % pour les hommes.



Source : ANACT, mars 2017

Cette hausse concerne en premier lieux les secteurs où se concentrent les femmes en situation de précarité, où le recours au CDD, au temps partiel et aux horaires atypiques est important. En 2015, les activités de services de type santé, nettoyage et travail temporaire, représentent près de la moitié (41,3 %) des accidents du travail qui ont concerné des femmes, soit 91 379 accidents du travail avec arrêt. Les accidents du travail dans cette branche d'activité ont connu une augmentation de 81 % depuis 2001.

Comme pour les hommes, les accidents du travail se concentrent dans les catégories socioprofessionnelles des ouvrières (44,4 % des AT en 2012) et des employées (16,1 % des AT).

Accidents de trajet : entre 2001 et 2015, le nombre d'accidents de trajet des hommes baisse de 14 % tandis que celui des femmes augmente de 16,3 %, en particulier dans le secteur des services de santé, nettoyage et travail temporaire, où ils augmentent de 43,4 %. En 2015, 15 725 accidents de trajet concernant des femmes ont été reconnus par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) dans cette branche d'activité.

¹⁶ - ANACT, Photographie statistique des accidents de travail, des accidents de trajet et des maladies professionnelles en France selon le sexe entre 2001 et 2015, mars 2017, p.4.

Cette augmentation est en particulier liée à un nombre important d'interventions, chez différent.e.s employeur.se.s, entraînant une multiplication des trajets effectués dans la même journée. C'est par exemple le cas pour les femmes de ménage qui effectuent 2 à 3h de travail chez chacun de leurs employeurs, parfois situés à des distances très éloignées l'un de l'autre. À ces contraintes professionnelles s'ajoute l'ensemble des responsabilités familiales et domestiques, à gérer en fonction de leurs horaires de travail souvent atypique. Ces femmes qui doivent sans cesse se dépêcher, présentent un risque beaucoup plus important d'accidents de la route.

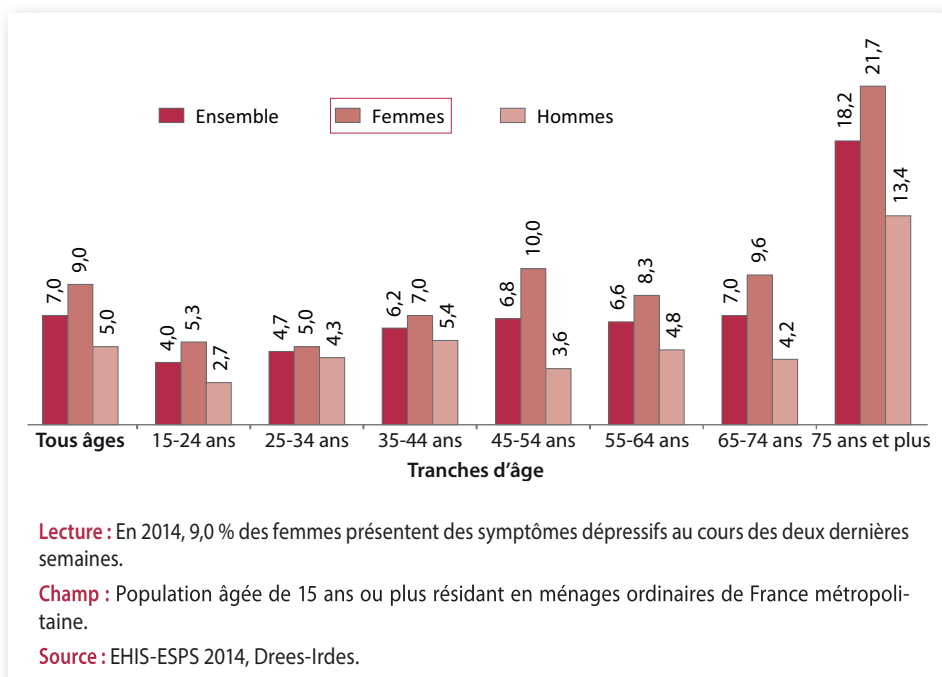
Recommandation n°1 : Généraliser le recueil et la publication régulière de données sexuées en matière de santé au travail :

- ▶ en mettant en œuvre l'obligation de publier des données sexuées en matière de santé au travail dans les bilans produits par la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) et les rapports annuels des médecins du travail ;
- ▶ en généralisant la production de données sexuées dans les études produites par les mutuelles d'entreprise, par la fonction publique et par l'Assurance maladie (notamment concernant les arrêts de travail) ;
- ▶ en prenant en compte l'analyse différenciée des conditions de travail des hommes et des femmes dans les analyses qualitatives produites par les organismes de recherche spécialisés, notamment l'Institut national de recherche et de sécurité (INRS) et la Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (DARES) du ministère chargé du Travail.

2. Les femmes en situation de précarité sont davantage touchées par certains troubles psychologiques et affections psychiatriques

La **santé mentale**, composante essentielle de la santé, est un état de bien-être, une aptitude de l'esprit à fonctionner convenablement et répondre de manière appropriée aux stimuli de l'environnement. On parle de troubles mentaux lorsque **cet état de bien-être est perturbé par des affections psychiatriques**. Si les troubles psychiques touchent toutes les populations, les femmes y sont davantage exposées, quel que soit leur âge, comme en atteste par exemple la prévalence des symptômes dépressifs chez les femmes :

Fréquence de déclaration de symptômes dépressifs en fonction de l'âge et du sexe



Source : État de santé des Français et facteurs de risque, Premiers résultats de l'Enquête santé européenne-Enquête santé et protection sociale, mars 2017

a. Des troubles aggravés pour les personnes en situation de précarité...

Le pourcentage d'anxieux.ses et de dépressifs.ves augmente significativement en fonction du niveau de précarité, aussi bien chez les hommes que chez les femmes. Ces augmentations sont accentuées sur les quintiles les plus élevés du score EPICES¹⁷.

D'après une étude menée en 2010 par B. ROYER et G. GUSTO dans 12 centres d'examen en santé¹⁸ : **à un même niveau élevé de précarité (quintile 5 du score EPICES), le pourcentage d'anxiodépressives chez les femmes s'élève à 41,7 % et à 34,4 % chez les hommes.** Elles souffrent davantage de psychoses, de troubles du sommeil, d'état d'angoisse et d'anxiété. Ces pathologies s'accompagnent généralement d'un sentiment généralisé d'insécurité, susceptible d'entraîner des comportements morbides et une tendance suicidaire. Les pathologies les plus souvent rencontrées sont liées essentiellement à l'absence de soins, au défaut d'hygiène relatif notamment aux conditions de logement allant jusqu'au désintérêt total de son propre corps¹⁹.

b. ...qui s'expliquent notamment par des situations d'isolement social

Les inégalités sexuées en matière de santé mentale se couplent à des inégalités sociales et territoriales importantes. L'étude « Disparités régionales en santé mentale et psychiatrie » de la Fédération régionale Nord Pas de Calais en santé mentale de juin 2013²⁰ démontre que « les conditions d'existence contribuent à préserver le bien-être ou au contraire favorisent l'apparition ou l'aggravation d'un mal-être ou de pathologies. Il est bien établi par exemple que la tentative de suicide est plus fréquente chez des personnes aux faibles niveaux de diplôme ou de revenu et chez celles qui vivent seules ou sont parents isolés. »

La précarité, qui est d'autant plus présente chez les femmes, constitue donc un facteur potentiel de dégradation de l'état de santé mentale appelant à une vigilance accrue en termes d'intervention « plus les facteurs de risques sont présents (pauvreté, chômage, solitude...) et plus le besoin d'intervention qu'elle soit communautaire ou professionnelle (de première ligne ou spécialisée) peut être considéré comme important ».

Les troubles psychologiques peuvent être accentués dans certaines situations : c'est le cas des **femmes cheffes de familles monoparentales**, dont les conditions de vie peuvent engendrer une angoisse latente et une souffrance psychologique avérées. Les mères isolées en précarité souffrent en effet de l'exacerbation des problèmes généralement rencontrés par les femmes en situation de précarité.²¹ Celle-ci est accentuée dans les Quartiers prioritaires de la Politique de la Ville (QPV) où 24 % des familles sont des familles monoparentales (contre 15,7 % des familles des autres quartiers des unités urbaines) avec dans 9 cas sur 10 une femme comme parent.²²

Par ailleurs, les femmes en situation de précarité n'ayant pas les moyens financiers de confier cette mission à un.e professionnel.le, assurent plus souvent la fonction d'aidante familiale. Elles apportent de ce fait, à titre non professionnel, une aide ou un soutien à un.e proche malade, dépendant.e ou handicapé.e mais également à leurs enfants. Blanche LE BIHAN-YOUINOU et Claude MARTIN²³ analysent la situation des femmes qui font face en

17 - Score individuel de précarité (Evaluation de la Précarité et des Inégalités de santé pour les Centres d'Examens de Santé), prenant en compte toutes les dimensions de la précarité : la population est divisée en quintiles de la distribution du score, chaque quintile réunissant 20 % de la population. Les quintiles sont ordonnés du quintile 1 (Q1) au quintile 5 (Q5).

Le quintile 1 regroupe les sujets présentant les scores EPICES les plus bas, correspondant à l'absence de précarité. À l'opposé, le quintile 5 regroupe les sujets présentant les scores EPICES les plus élevés, correspondant au maximum de précarité.

18 - ROYER B., GUSTO G., VOL S., D'HOOR A., ARONDEL D., TICHET J., LANTIERI O., Situations de précarité, santé perçue et troubles anxiodépressifs : une étude dans 12 centres d'examen de santé - Pratiques et Organisation des Soins - volume 41 - n° 4 - octobre-décembre 2010.

19 - BENTIRI N., Les aspects psychosociaux de la santé des personnes en situation de précarité ?, Master professionnel de psychologie sociale de la santé – Université d'Aix Marseille - 2005.

20 - Fédération régionale de recherche en santé mentale Nord - Pas-de-Calais, Les disparités régionales en santé mentale et en psychiatrie : la situation du Nord - Pas-de-Calais en France métropolitaine, 2013.

21 - CESE, Femmes et précarité, Février 2013.

22 - Insee, Recensement de la population 2010 ; ONPV 2015.

23 - LE BIHAN-YOUINOU Blanche et MARTIN Claude, Travailler et prendre soin d'un parent âgé dépendant in Travail, Genre et sociétés, vol.16, n°2, 2006, pp.77-96.

même temps à une activité professionnelle à plein temps et à la prise en charge quotidienne d'un parent ou d'un beau-parent âgé dépendant. Ces femmes doivent organiser cette prise en charge, tout en gérant leur vie personnelle, familiale et professionnelle. Certaines font état d'une fatigue morale, d'anxiété, de stress et d'état dépressif et de sacrifices sur leur vie personnelle et familiale. L'engagement en tant qu'aidante comporte des risques non négligeables en termes de santé mentale : au-delà du « fardeau » physique et de la charge mentale que peuvent engendrer une telle aide, le coût financier de la gestion de la dépendance d'un proche, les difficultés d'articulation entre vie familiale, vie professionnelle et les obligations dues à la fonction d'aidante, constituent autant de facteurs de risques importants qui peuvent conduire à des détresses psychologiques et des épisodes dépressifs.²⁴

La prévalence des troubles psychologiques est également plus importante chez les femmes sans domicile fixe que chez les hommes dans la même situation : d'après l'enquête SAMENTA (2010)²⁵, **35,8 % des femmes sans domicile fixe rencontrées souffraient d'au moins un trouble psychiatrique sévère contre 29,2 % des hommes.**

Les femmes sont trois fois plus concernées par les troubles anxieux (états de stress post-traumatique, anxiété généralisée et troubles de l'adaptation) que les hommes : 21,0 % contre 7,5 %.²⁶

Les Conseils locaux en santé mentale : leviers face aux problématiques en santé mentale

Le développement de Conseils locaux en santé mentale (au nombre de 170) est un levier de suivi et de prévention des situations de souffrance psychique, notamment chez les publics précarisés. Il s'agit d'instances de concertation entre les services et institutions du secteur de la santé psychiatrique, associant les élu.e.s, les usager.e.s et les patient.e.s, les aidant.e.s et d'autres acteur.rice.s volontaires (sociaux, médico-sociaux, culturels...). Ils favorisent la coordination des actions en matière d'éducation, de diagnostic, de prévention et de soins aux troubles et souffrances psychiques et permettent de lutter contre la stigmatisation et l'exclusion des personnes concernées. Ils ont vocation à mettre en œuvre des politiques locales et des actions d'amélioration de la santé mentale.

La mise en œuvre de l'instruction du 30 septembre 2016 relative à la consolidation et à la généralisation des CLSM, en particulier dans les contrats de ville, vise à permettre l'amélioration des parcours de santé mentale des habitant.e.s des quartiers prioritaires de la politique de la ville.

24 - HENON Dominique, *La santé des femmes en France*, 2010.

25 - Samu social de Paris, enquête Samenta- SAnité MENTale et Addictions chez les sans domicile franciliens, 2010

26 - Samu social de Paris, enquête Samenta- SAnité MENTale et Addictions chez les sans domicile franciliens, 2010.

3. Un moindre suivi gynécologique et une plus forte exposition aux cancers spécifiques aux femmes

a. Les femmes en situation de précarité sont moins suivies en gynécologie et utilisent moins souvent un moyen de contraception que la moyenne

L'étude « FECOND » menée par l'INSERM et l'INED en 2010²⁷ met en évidence le lien entre précarité et faible prise de contraception. Si les disparités sociales se sont fortement atténuées au cours des années, en particulier pour l'usage de la pilule et du stérilet, des inégalités sociales subsistent. Elle montre en effet que les femmes qui connaissent une situation financière plus difficile utilisent moins souvent un moyen contraceptif : **6,5 % des ouvrières sont sans aucune contraception, contre 1,6 % des femmes cadres.**

Des dispositifs locaux, accompagnant des jeunes femmes en situation de précarité dressent un constat plus alarmant encore : le dispositif Jeunes et Femmes, mis en place dans les missions locales de l'Essonne, cible des jeunes femmes (21 ans de moyenne d'âge) qui ne sont ni en emploi, ni en formation. Depuis 2011, sur les 352 stagiaires accompagnées, 46 % n'utilisaient aucune contraception²⁸.

Ce constat est renforcé pour les femmes sans domicile fixe : en 2005, dans son rapport à la Direction générale de la Santé (DGS)²⁹, basé sur 30 entretiens auprès de femmes qu'il accompagne, l'observatoire du Samu social de Paris, fait le constat qu'elles « vivent un quotidien rempli d'incertitudes dans lequel elles doivent gérer de multiples risques (risques sanitaires, violences physiques et sexuelles...) » de telle sorte que, dans ces situations de vie extrêmes, la contraception ne fait pas partie des priorités.

Aussi, on observe également une part non négligeable de femmes qui ont recours aux méthodes de contraception dites « naturelles », méthodes dont l'efficacité n'est plus à prouver. 9,5 % des femmes y ont recours selon une étude de l'INED/INSERM, publiée en 2014. Les femmes concernées sont surtout celles en situation de précarité pour lesquelles avancer le prix d'une consultation chez la gynécologue est un frein³⁰.

Un suivi gynécologique moindre et une plus faible prise de contraception expliquent en partie la prévalence des grossesses non prévues et non désirées, notamment pour les femmes en grande précarité. En 2013, Médecins du Monde a réalisé une enquête auprès de 217 femmes accueillies dans les Centres d'Accueil de Soins et d'Orientation (CASO) dans 5 villes de France (Paris, Saint-Denis, Bordeaux, Nice et Marseille). En raison, d'un manque d'accès aux

27 - BAJOS Nathalie et MOREAU Caroline (responsables scientifiques), BOHET Aline (coordinatrice), Enquête FECOND, INED/INSERM - 2010.

28 - Jeunes et femmes, des outils pour construire sa vie – Dispositif départemental des missions locales de l'Essonne, juin 2015 à avril 2016.

29 - Observatoire du SAMU Social de Paris, Féminité, accès aux soins, maternité, et risques vécus par les femmes en grande précarité. Une contribution à l'amélioration de leur santé gynécologique. Rapport à la Direction générale de la santé, Juin 2005.

30 - BAJOS Nathalie, ROUZAUD-CORNABAS Mylène, PANJO Henri, et al., La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif ? mai 2014.

moyens de contraception et à des consultations adaptées, de violences sexuelles, entre autres pendant leur parcours migratoire, elles ont été plus confrontées à des grossesses non prévues et non voulues au cours de leur vie. Grossesses qu'elles ont pu interrompre, comme en témoigne le taux de recours à l'avortement : 37,3 % des femmes de 15-54 ans de l'échantillon ont déclaré avoir eu recours à une interruption volontaire de grossesse (IVG), au cours de leur vie, alors que c'est le cas de 17,4 % des femmes en population générale en France.

Les grossesses sont également plus fréquentes en situation de précarité, certaines sont non désirées, d'autres sont vécues comme l'occasion d'une resocialisation. En effet, la grossesse donne un statut social reconnu ; elle permet aux femmes de se raccrocher à une identité valorisée socialement de « mère ».

Il apparaît nécessaire de faire connaître aux professionnel.le.s de santé et du social les réseaux périnatalité et les associations tel.le.s que SOLIPAM pour accompagner au mieux ces femmes pendant et après leur grossesse.

Solidarité Paris Maman (SOLIPAM)

est un réseau de santé en périnatalité pour les femmes enceintes et leurs enfants en situation de grande précarité sur le territoire de santé d'Ile-de-France. Les missions des professionnel.le.s médicaux et sociaux réuni.e.s dans le réseau sont diverses : il s'agit d'accompagner les femmes enceintes en grande précarité, mais également de coordonner et d'organiser la prise en charge des mères et de leurs enfants et enfin, de sensibiliser les professionnel.le.s de santé (médicaux, sociaux et institutionnels) aux spécificités du parcours médico-psycho-social des femmes enceintes en situation de grande précarité.

<http://solipam.fr>

Les Établissements d'Information, de Consultation ou de Conseil Conjugal (EICCF) et les Centres de Planification et d'Éducation Familiale (CPEF) : un levier pour l'information en matière de droits sexuels et reproductifs et pour l'accès à la contraception

La Loi Neuwirth du 28 Décembre 1967 crée deux types de structures, chargées d'aider à l'information, le conseil et la diffusion de méthodes contraceptives, ainsi qu'à l'éducation et le conseil en matière de sexualité :

- les Établissements d'Information, de Consultation ou de Conseil Conjugal (EICCF)
- les Centres de Planification et d'Éducation Familiale (CPEF).

Les EICCF (les établissements d'information, de consultation et de conseil familial) ont un rôle en matière d'accueil, information, connaissance des droits, et d'empowerment pour tous les publics et en particulier les femmes en situation de précarité et les jeunes de par leurs missions :

- Accueil, information et orientation sur la fécondité, la contraception, la sexualité, les IST dont le VIH ;
- Préparation des jeunes à leur vie de couple et parentale ;
- Information individuelle et collective en milieu scolaire ;
- Entretiens pré et/ou post IVG ;
- Accueil et conseil aux personnes se trouvant dans des situations difficiles liées à des dysfonctionnements familiaux ou victimes de violences.

Un décret est en cours de validation qui recentrera leurs missions sur deux axes prioritaires :

- Informer sur les droits en matière de vie affective, relationnelle et sexuelle, éduquer à leur appropriation, ainsi que contribuer au renforcement de l'estime de soi et au respect de l'autre dans la vie affective, relationnelle et sexuelle ;
- Accompagner les personnes dans leur vie affective, relationnelle et sexuelle sous toutes ses formes.

Les CPEF sont des structures médico-sociales, spécialisées dans les domaines de l'information, de la prévention et des consultations concernant la fécondité, la sexualité, la vie de couple, et les entretiens pré et post IVG. Les CPEF se sont vu attribuer des missions de dépistage et de traitement des MST et du VIH en 1990 et 1991.

Les centres de planification ou d'éducation familiale sont par ailleurs autorisés à délivrer, à titre gratuit, des médicaments, produits ou objets contraceptifs sur prescription médicale, aux mineur.e.s désirant garder le secret ainsi qu'aux personnes ne bénéficiant pas de prestations maladie, assurées par un régime légal ou réglementaire. Dans ces cas, les frais d'analyses et d'examens de laboratoire ordonnés en vue de prescriptions contraceptives sont supportés par les centres de planification ou d'éducation familiale.

b. Les grossesses sont peu suivies et présentent plus souvent des risques

De nombreuses études, françaises et étrangères, mettent en évidence une corrélation entre la pauvreté et la précarité, un suivi moindre des grossesses et l'augmentation de l'incidence des pathologies périnatales. C'est particulièrement le cas pour la prématurité, le retard de croissance intra-utérine, les souffrances aigües, les infections, et un risque de morbidité néonatale plus élevé et d'éventuelles séquelles à long terme.

D'après un rapport de 2005 de l'Association pour le Développement de la Santé des Femmes (ADSF) en collaboration avec l'Observatoire du Samu Social de Paris, 1 500 femmes en région parisienne accouchaient chaque année sans jamais avoir bénéficié de suivi durant leur grossesse³¹. En Ile-de-France, on comptabilise près de 180 000 accouchements chaque année³².

Le réseau Solidarité Paris Maman (réseau de santé en périnatalité basé en Ile-de-France pour les femmes enceintes en situation de grande précarité et leurs enfants) a fait le constat, en 2011, que la précarité est corrélée à une augmentation des risques néonataux, notamment du taux de prématurité et d'hypotrophie chez les enfants de mères confrontées à la précarité. Cela s'accompagne d'un taux plus élevé de transfert en néonatalogie. Le réseau SOLIPAM alerte sur le mauvais suivi de grossesse et d'une augmentation des risques maternels et néonataux chez ces femmes entraînant un coût humain pour la mère et son enfant, également un coût financier pour la société, avec notamment l'augmentation du taux d'hospitalisation.³³

L'absence de couverture sociale en début de grossesse, la nécessité de déboursier de l'argent pour les soins et les dépenses non remboursées dans certains lieux de suivi peuvent être un frein à l'utilisation des services de santé. Selon une enquête de l'INSERM, en 2010, au niveau national, 4,4 % des femmes ont déclaré avoir renoncé à des consultations prénatales pour des raisons financières.³⁴

Parmi les femmes qui n'ont pas déclaré leur grossesse au premier trimestre, 20 % bénéficient de la Couverture Maladie Universelle (CMU) ou de l'Aide Médicale de l'État et 39 % n'ont pas de couverture sociale. De même, parmi les femmes ayant eu moins de sept visites prénatales, 15 % n'ont pas de couverture sociale et 12 % bénéficient de la CMU/AME.³⁵

c. Elles participent moins aux dépistages des cancers spécifiques des femmes et y survivent moins souvent

Chaque année, 54 062 femmes sont diagnostiquées comme étant atteintes d'un cancer du sein³⁶ et 2797 d'un cancer du col de l'utérus³⁷ avec, là aussi, des inégalités entre les catégories socio-professionnelles. La survie moindre des femmes en situation de précarité à ces cancers s'explique notamment par un dépistage moins fréquent : en 2003, d'après l'enquête décennale santé de l'INSEE, la couverture déclarée du dépistage du cancer du sein était de 71,2 %, celle du dépistage du cancer du col utérin était de 76,3 %. Presque 18 % des femmes interrogées ont déclaré n'avoir réalisé ni mammographie, ni frottis au cours des deux dernières années. Les facteurs associés à l'absence de ces deux dépistages étaient principalement d'ordre financier, en particulier les revenus du foyer et l'accès ou non à un logement.³⁸

31 - Observatoire du SAMU Social de Paris, *Féminité, accès aux soins, maternité, et risques vécus par les femmes en grande précarité. Une contribution à l'amélioration de leur santé gynécologique. Rapport à la Direction générale de la santé*, Juin 2005.

32 - Perinat ARS IDF, *Rapport PMSI Périnatalité Ile de France*, décembre 2016.

33 - SCOAZEC C., *Grossesse et précarité : étude descriptive du réseau SOLIPAM, Gynécologie et obstétrique - 2011*.

34 - BLONDEL B. et KERMARREC M., *Enquête Nationale Périnatale 2010 – INSERM U.953. Enquête nationale 2016 à paraître au 3^{ème} trimestre 2017*.

35 - BILLON Annick, LABORDE Françoise, *Femmes et santé : les enjeux d'aujourd'hui. Rapport d'information au Sénat n°592 de la Délégation aux droits des femmes*, 2014-2015.

36 - Chiffres-clés Cancer du sein, *Santé Publique France*, février 2017.

37 - Chiffres-clés Cancer du col de l'utérus, *Santé Publique France*, février 2017.

38 - DUPORT Nicolas, *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique* 2008 ; p 303-13.

Auditionné par le HCE, Thierry LANG, épidémiologiste et professeur à l'Université Toulouse III, évoque un « gradient social », qui correspond à l'amélioration progressive de l'état de santé, au fur et à mesure, que l'on s'élève dans la hiérarchie sociale, en un processus continu, depuis le bas de l'échelle sociale jusqu'aux cadres :

« Plus une femme est pauvre, moins elle participe aux dépistages. Revenu, niveau d'études, effets des zones rurales, effets de l'immigration : les étrangères participent moins que leurs descendantes qui participent moins que les personnes n'ayant pas d'origine étrangère. »³⁹

Le cancer du sein

Avec environ 54 000 nouveaux cas et 12 000 décès par an, le cancer du sein est la première cause de mortalité par cancer en France, et le cancer le plus fréquent chez les femmes⁴⁰. Pourtant, s'il est détecté tôt, la probabilité de rémission augmente. Son dépistage est donc un enjeu majeur de santé publique.

Le travail de nuit : un facteur de risque bien établi

L'étude « CECILE » menée en France entre 2005 et 2007⁴¹ par l'INSERM pour comprendre l'impact de l'environnement professionnel dans la survenue du cancer du sein a permis de recueillir des informations sur près de 1 200 femmes ayant eu un cancer du sein entre 2005 et 2007, et 1 300 femmes en bonne santé.

Cette étude montre que le risque de cancer du sein est particulièrement élevé chez les femmes ayant travaillé de nuit par rapport aux autres femmes (+ 30 %). Ce risque expose en premier lieu les femmes en situation de précarité pour qui le travail de nuit est plus fréquent : 14 % des ouvrières travaillent habituellement ou occasionnellement de nuit, contre 8 % des femmes cadres⁴².

Le travail de nuit entraîne une perturbation du rythme circadien (contrôlant l'alternance veille-sommeil) qui régule de très nombreuses fonctions biologiques. Selon l'INSERM, le dysfonctionnement de cette régulation pourrait favoriser le développement du cancer du sein, en particulier chez les femmes ayant travaillé de nuit pendant plus de 4 ans, ou chez celles dont le rythme de travail était de moins de 3 nuits par semaine, impliquant des décalages de phase plus fréquents entre le rythme de jour et le rythme de nuit.

D'autres hypothèses ont été avancées par cette étude pour expliquer les corrélations observées entre travail de nuit et cancer du sein : l'exposition à la lumière durant la nuit supprime le pic nocturne de mélatonine et ses effets anticancérigènes ; la perturbation du fonctionnement des gènes de l'horloge biologique qui contrôlent la prolifération cellulaire ; ou encore les troubles du sommeil pouvant affaiblir le système immunitaire.

Ce lien de causalité est mieux connu et reconnu dans certains pays : au Danemark par exemple, le cancer du sein est déjà reconnu comme maladie professionnelle chez certaines femmes ayant travaillé de nuit.⁴³

« La dimension professionnelle du cancer du sein a été longtemps sous-estimée. Pourtant, certaines professions apparaissent plus particulièrement touchées. Le lien avec le travail de nuit est suffisamment bien établi pour justifier des mesures de protection, notamment en tenant compte du risque doublé en cas de travail de nuit avant la 1^{ère} grossesse. »⁴⁴

André CIOLELLA,

Chimiste toxicologue, président de l'association Réseau Environnement Santé (RES)

Le Plan d'action pour la rénovation du dépistage organisé du cancer du sein, lancé depuis le 6 avril 2017, a pour objectif « un dépistage personnalisé, plus humain et mieux coordonné ». Parmi les 12 mesures de ce plan, une consultation de prévention est mise en place pour les femmes à deux stades de la vie : 25 ans et 50 ans, prise en charge à 100 % par l'Assurance maladie à partir du 1^{er} janvier 2018.

39 - LANG Thierry, Audition devant le HCE, 7 juillet 2017.

40 - Institut national du cancer, Les cancers en France, édition 2015.

41 - Enquête CECILE, Unité Inserm 1018 « centre de recherche en épidémiologie et santé des populations », 2012.

42 - INSEE, Femmes et hommes, l'égalité en question, édition 2017, p.127.

43 - INSERM, Cancer du sein : l'environnement professionnel pointé du doigt, 2011.

44 - CIOLELLA André, Cancer du sein – En finir avec l'épidémie, 2016, p.94.

Le cancer du col de l'utérus

La mortalité par cancer du col de l'utérus est révélatrice de fortes inégalités sociales⁴⁵. 2797 femmes sont touchées chaque année. Plus de 1 000 en meurent⁴⁶, notamment les plus éloignées du système de soins et donc, les plus précaires.

Le cancer du col de l'utérus reste meurtrier, et pourtant il est « évitable » : la vaccination contre les infections à papillomavirus humains (HPV) et le dépistage par frottis cervico-utérin (FCU) constituent deux interventions de prévention complémentaires.

Le cancer du col de l'utérus est notamment dû à une infection par le papillomavirus humain (HPV) transmise par voie sexuelle. Si l'infection persiste, le virus peut évoluer en cancer en quelques années, d'où le rôle primordial du suivi gynécologique et du dépistage. Ces vingt dernières années, ce type de dépistage a permis de réduire de moitié le nombre de décès.

Les femmes en situation de précarité présentent un risque plus fréquent d'évolution d'une lésion infectieuse bénigne vers un cancer (du fait d'infections sexuellement transmissibles plus fréquentes, d'une nutrition moins équilibrée et, parfois, des difficultés d'accès à l'hygiène). Pourtant, une situation économique dégradée pèse, chez les jeunes filles, sur la prévalence de la vaccination contre le HPV et, à l'âge adulte, sur la régularité des frottis.

L'enquête Santé et protection sociale menée par l'Institut de Recherche et de Développement En Santé (IRDES) en 2012 et dont les facteurs socio-économiques ont été analysés par Santé publique France en 2016, montre que les jeunes femmes non vaccinées ont un profil socioéconomique similaire à celui des femmes qui échappent au dépistage du cancer du col de l'utérus, et liste les caractéristiques suivantes :

- ▀ les femmes les moins dépistées et les jeunes femmes non vaccinées vivent dans une famille à revenus faibles;
- ▀ un faible niveau de diplôme est associé à un moindre dépistage par FCU ;
- ▀ l'absence de dépistage de la mère par FCU dans les trois dernières années est associée à une moindre vaccination HPV chez leurs filles.

Vaccin contre le HPV

Les deux vaccins disponibles en France (Gardasil et Cervarix) protègent contre les infections par les HPV oncogènes 16 et 18, responsables de 70 % des cancers invasifs du col utérin. Et la vaccination n'est efficace qu'avant que les jeunes femmes ne soient infectées, c'est-à-dire avant tout rapport sexuel.⁴⁷

En 2015, seule 1 jeune femme sur 7 avait complété la série vaccinale à l'âge de 16 ans. Selon les résultats de l'enquête Santé et protection sociale de l'Institut de Recherche et de Développement En Santé (IRDES) en 2012, analysés en 2016 par Santé Publique France⁴⁸, la prévalence de la vaccination est fortement corrélée aux revenus du ménage dans lequel la jeune femme vit : 71,79 % des jeunes femmes (16-24) vivant dans un ménage aux revenus inférieurs à 2000 € par mois n'ont pas été vaccinées contre le papillomavirus, contre 54 % pour les jeunes femmes (18-24 ans) vivant dans un ménage aux revenus compris entre 2000 et 4000 €.

Ces jeunes femmes ont plus souvent des mères non dépistées et risquent de ne bénéficier d'aucune des deux mesures de prévention du cancer du col de l'utérus.

Cette étude, parue dans le Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire n°16-17 en juin 2016, estime que « les modalités actuelles de mise en œuvre de la vaccination HPV devraient être revues afin de réduire les inégalités concernant la prévention du cancer du col utérin ».

Le Haut conseil de la santé publique (HSCP), dans son Guide des vaccinations 2012, souhaite également « que tous les moyens organisationnels et logistiques soient mis en œuvre dans le but d'atteindre une couverture vaccinale

45 - Plan Cancer 2014-2019, p.20.

46 - 1 092 décès par cancer du col de l'utérus projetés en 2015 en France métropolitaine. Institut National du Cancer, Les cancers en France, Avril 2016.

47 - <http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Facteurs-de-risque-et-de-protection/Agents-infectieux/Prevenir-le-cancer-du-col-de-l-uterus>

48 - GUTHMANN JP, PELAT C., CELANT N., PARENT DU CHATELET I, DUPORT N., ROCHEREAU T., et al. Inégalités socioéconomiques d'accès à la vaccination contre les infections à papillomavirus humains en France : résultats de l'Enquête santé et protection sociale (ESPS), 2012. Bull Épidémiol Hebd. 2016 (288-297).

élevée à trois doses dans la population cible des jeunes filles de 14 ans et particulièrement des jeunes filles vivant dans des conditions socioéconomiques risquant de ne pas les faire bénéficier des conditions optimales d'un dépistage régulier du cancer du col de l'utérus même si la vaccination ne saurait en aucun cas remplacer le dépistage. »

Le plan cancer (2014-2019) précise que certains pays (Royaume-Uni, Portugal) ont atteint des taux de couverture de 80 % grâce à la mise en place d'une vaccination systématique en milieu scolaire. Cette vaccination a été introduite dans les calendriers vaccinaux nationaux de 18 pays européens. Le plan prévoit la mise en place d'actions (diversification des structures de vaccination, communication auprès des jeunes femmes et de leurs parents sur l'enjeu de la vaccination, introduction, dans les rémunérations sur objectifs de santé publique des médecins traitant.e.s, d'un indicateur de progrès de la vaccination anti-HPV) pour atteindre, dans un premier temps une couverture vaccinale de 60 %. En ce qui concerne la vaccination en milieu scolaire, le plan prévoit la promotion d'études en sciences humaines et sociales et en épidémiologie sur l'acceptabilité de cette mesure.

Frottis cervico-utérin

L'Institut National du Cancer recommande aux femmes âgées de 25 à 65 ans de réaliser un frottis tous les trois ans. Parmi les 17 millions de femmes concernées en France, 40 % n'en font pas régulièrement, et *« cette proportion est d'autant plus élevée qu'elles sont éloignées du système de santé et de faible catégorie socioprofessionnelle »* selon François BOURDILLON, directeur général de Santé publique France, et Norbert IFRAH, président de l'Institut national du cancer⁴⁹.

Selon les résultats de l'enquête Santé et protection sociale de l'Institut de Recherche et de Développement En Santé (IRDES), en 2012, 31,48 % des femmes au sein des ménages ayant des revenus inférieurs à 2000 € par mois n'ont pas réalisé de dépistage par frottis cervico-utérin (FCU) dans les 3 dernières années⁵⁰, contre 19,2 % pour les femmes appartenant à un ménage ayant des revenus compris entre 2000 € et 4000 € par mois.

Les femmes qui ne disposent pas d'une complémentaire privée sont également moins dépistées (52,4 % ont réalisé un FCU dans les 3 dernières années) que celles qui en ont une (73,9 %).

Ce moindre recours aux mesures de prévention s'explique à la fois par un déficit d'information, et par la difficulté pour ces femmes de se projeter sur le long terme alors qu'elles doivent gérer le quotidien, les difficultés de santé immédiates et les freins financiers.

Les femmes handicapées écartées de la prévention

Selon l'enquête de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES), *« Les personnes en situation de handicap vivant à domicile ont un moindre accès aux soins de prévention que celles sans handicap »*⁵¹. Une femme handicapée sur trois n'est pas dépistée pour le cancer du col de l'utérus. Par ailleurs, l'accès à la mammographie, qui doit prévenir le cancer du sein, est réduit de 7 points pour les femmes présentant des limitations motrices ou cognitives.

Cela tient en partie à une méconnaissance du handicap de la part des professionnel.le.s de santé, mais également à un manque d'informations des femmes en situation de handicap. Nathalie RENARD, directrice du service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés à l'hôpital de Nice, explique :

*« La grande majorité des femmes que nous accueillons n'ont pas consulté de gynécologue depuis la survenue ou l'évolution du handicap. Le Centre de coordination et de dépistage des cancers qui propose une mammographie gratuite aux femmes à partir de 50 ans reçoit des réponses alarmantes telles : "je n'ai pas besoin de dépister un cancer, j'ai déjà une sclérose en plaques", comme si le handicap les protégeait. L'information et la prévention sont trop rares dans les institutions accueillant les femmes en situation de handicap. »*⁵²

49 - BOURDILLON F., IFRAH N. Éditorial. Dépistage du cancer du col de l'utérus : des évaluations pour mieux l'organiser. Bull Epidemiol Hebd. 2017.
50 - GUTHMANN JP, PELAT C., CELANT N., PARENT DU CHATELET I., DUPORT N., ROCHEREAU T., et al. Inégalités socioéconomiques d'accès à la vaccination contre les infections à papillomavirus humains en France : résultats de l'Enquête santé et protection sociale (ESPS), 2012. Bull Epidemiol Hebd. 2016.

51 - IRDES, Les personnes en situation de handicap vivant à domicile ont un moindre accès aux soins de prévention que celles sans handicap, Une exploitation de l'enquête Handicap-Santé volet Ménages, avril 2015.

52 - Propos rapportés par Katia ROUFF, Femmes handicapées, les oubliées de la prévention, VIE PRATIQUE Santé, n°717, mars 2013.

4. Les femmes en situation de précarité présentent des risques accrus de maladies cardio-cérébro-vasculaires

En Europe comme dans les pays développés, les maladies cardio-cérébro-vasculaires (MCCV) sont la première cause de mortalité des femmes, devant le cancer. Elles sont responsables de 42 % des décès (contre 27 % pour les cancers) des femmes, soit 18 % des décès pour les infarctus du myocarde (IDM), 14 % pour les accidents vasculaires cérébraux (AVC) et 10 % pour les autres pathologies cardiaques⁵³.

Ainsi, contrairement aux idées reçues, en France, **les femmes meurent 8 fois plus de maladies cardiovasculaires que du cancer du sein** : tandis que 80 000 femmes en moyenne meurent chaque année d'une maladie cardio-cérébro-vasculaire, le nombre de décès par cancer du sein est estimé à 11 900 par an⁵⁴. Les infarctus du myocarde ont d'ailleurs triplé ces 15 dernières années chez les femmes de moins de 50 ans.

Parmi les 147 000 personnes qui décèdent en France chaque année d'une MCCV, plus de 54 % des victimes sont des femmes⁵⁵.

a. Des risques accrus liés à la précarité...

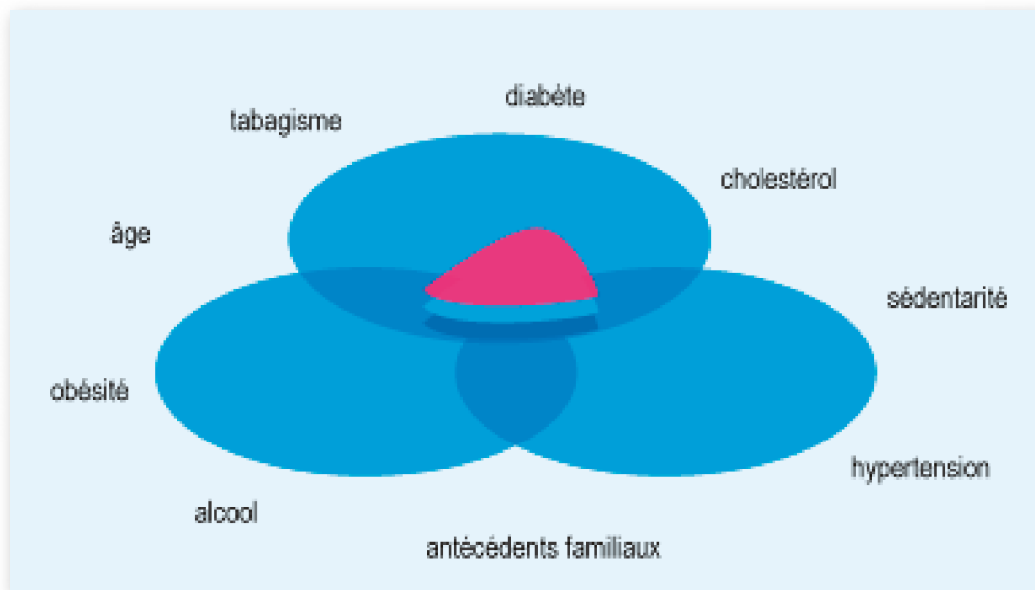
Consommation de tabac, d'alcool, manque d'exercice physique, alimentation déséquilibrée entraînant du surpoids ou encore stress, sont des facteurs de risque pour 80 % des MCCV. Selon la Présidente de la Fédération Française de cardiologie, Claire MOUNIER-VEHIER, « c'est l'accumulation des facteurs qui crée le risque. »

53 - Fédération française de cardiologie, « La santé du cœur des femmes : une urgence ! », 2015.

54 - Institut national du cancer, « La situation du cancer en France en 2015 », 2016.

55 - Fédération française de cardiologie, « Cœur, artères et femmes : aujourd'hui, les femmes sont moins protégées que les hommes », 2016.

Les facteurs de risque cardiovasculaire



(source : CNAMTS, 2010)

Le tabac

Le tabagisme est « un facteur de risque majeur chez les femmes âgées de 45 à 74 ans. Or, la prévalence du tabagisme régulier a augmenté de façon importante entre 2005 et 2014, doublant même pour les femmes âgées de 55 à 64 ans. »⁵⁶.

Si l'analyse des relations entre tabagisme et caractéristiques sociodémographiques entre 2005 et 2010 doit être interprétée avec prudence (*Baromètre 2000, CFES*), deux phénomènes majeurs doivent cependant être soulignés :

- **Les plus diplômées sont moins souvent fumeuses** : les femmes qui ont un diplôme supérieur au bac fument moins que les femmes qui n'ont aucun diplôme : 20,8 % contre 27,1 % ;
- **Le tabagisme est plus important chez les chômeuses** : 45,4 % de fumeuses contre 30,2 % parmi les femmes qui travaillent⁵⁷.

L'alcool

Le même phénomène est observé pour la consommation d'alcool selon la Professeure Claire MOUNIER-VEHIER, présidente de la Fédération française de cardiologie.

La consommation d'alcool à risque concerne 7 % des femmes qui travaillent contre 13,8 % des femmes au chômage, selon l'étude relative à l'usage de substances psychoactives des chômeur.euse.s et des actifs.ives occupé.e.s et facteurs associés de Santé Publique France⁵⁸.

56 - THOMAS Daniel, Fédération française de cardiologie.

57 - Santé Publique France, La consommation d'alcool en France en 2014, Avril 2015.

58 - GUIGNARD R., NGUYEN-TANH V., ANDLER, RICHARD JB., BECK F., ARDWISON P., Usage de substances psychoactives des chômeurs et des actifs occupés et facteurs associés : une analyse secondaire du Baromètre santé 2010. *Bull Epidemiol Hebd.* 2016;(16-17):304-12.

L'obésité

L'obésité est devenue un problème majeur de santé publique en raison de son développement accéléré et de ses complications métaboliques et cardiovasculaires. L'obésité abdominale, le plus souvent associée au cholestérol, au diabète, à l'hyper-tension artérielle, constitue en effet un risque cardio-vasculaire important.

Elle est particulièrement prégnante chez les populations précaires :

« Si le surpoids concerne toutes les catégories socioprofessionnelles, il reste d'une manière générale inversement proportionnel au niveau d'instruction, et les disparités sociales sont en outre plus marquées chez les femmes que chez les hommes. »⁵⁹

La France est un des pays où les inégalités en matière d'obésité sont les plus fortes. Une tendance observée depuis 2003 se confirme en 2016 :

- l'augmentation plus forte de l'obésité des femmes : 15,7 % des femmes, 14,3 % des hommes ;
- les femmes pauvres sont davantage touchées encore : 35,1 % des femmes, 17,6 % des hommes.⁶⁰

Le rapport de la délégation aux droits des femmes de l'Assemblée Nationale relatif à la loi santé de 2016⁶¹ précise que l'obésité est aussi beaucoup plus répandue chez les bénéficiaires de la CMU-C, 15 % d'entre eux étant concernés, contre 9 % pour le reste de la population.

Par ailleurs, ces inégalités sexuées en matière d'obésité sont confortées par des inégalités territoriales. Le Haut Conseil à l'Egalité, s'appuyant sur une étude de l'Observatoire national des zones urbaines sensibles dans son rapport EGALiTER⁶², relevait des inégalités sociales de santé similaires pour les habitantes des quartiers classés « zone urbaine sensible » (ZUS, devenues « quartiers prioritaires de la politique de la ville ») :

- 1 femme sur 5 y est obèse ;
- les femmes sont deux fois plus exposées à l'obésité que les hommes (1 homme sur 10 est obèse).

Ainsi, si les habitant.e.s des quartiers zones urbaines sensibles sont plus fréquemment en surpoids (+6,3 points par rapport aux autres quartiers) ou obèses (+3,1 points), cela est surtout vrai pour les femmes (+12,9 points pour les femmes vivant en Zus), alors que l'on n'observe pas de différence significative entre les hommes vivant en Zus et ceux vivant dans d'autres types de territoires.

Aussi, si l'on sait que l'obésité est « un marqueur social particulièrement important », la situation est d'avantage détériorée pour les femmes résidant dans les quartiers prioritaires⁶³. Et ce phénomène est d'autant plus marqué dans les départements et territoires d'outre-mer (DOM-TOM).⁶⁴

Selon la Présidente de la Fédération française de cardiologie, Claire MOUNIER-VEHIER, « l'isolement et la précarité sont des facteurs de risques aggravants ». Le manque de ressources, l'inobservance des traitements, le manque de suivi des examens médicaux, la consommation d'alcool et de tabac, le surpoids peuvent donc fortement aggraver les troubles cardio-vasculaires voire les déclencher. La Fédération française de cardiologie encourage donc les médecins à une attention particulière à la patientèle précaire, particulièrement exposée :

« Les femmes de plus de 50 ans en grande précarité, à l'approche de la ménopause, sont en effet plus fragiles et plus vulnérables. Elles n'ont pas toujours la possibilité d'avoir une hygiène de vie équilibrée, sont généralement en situation de stress chronique et ne peuvent pas toujours consulter. Il est donc impératif d'accorder plus d'attention à ces femmes dès les premiers signes (tabac, hypertension, diabète, obésité, cholestérol...) »⁶⁵

Professeure Claire MOUNIER-VEHIER,
Présidente de la Fédération Française de Cardiologie

59 - HENON Dominique, « La santé des femmes en France » CESE 2010, p.48.

60 - Ministère des affaires sociales et de la santé, « Femmes et santé », feuille de route 2016, p.16.

61 - Délégation aux droits des femmes de l'Assemblée nationale, Rapport d'information sur le projet de loi relatif à la santé, 2015, p.25.

62 - HCE, « Combattre maintenant les inégalités sexuées, sociales et territoriales dans les quartiers de la politique de la ville et les territoires ruraux fragilisés », 2014.

63 - BOURDILLE François et MESNIL Marie, Mieux prendre en compte la santé des femmes, p.109.

64 - Délégation aux droits des femmes de l'Assemblée nationale, Rapport d'information sur le projet de loi relatif à la santé, 2015, p.25.

65 - Audition devant le HCE, 22 mars 2017.

b. ...et un dépistage moins fréquent et plus tardif

Chez les femmes, de manière générale

Les femmes, quelle que soit leur origine sociale ou leur catégorie socio-professionnelle, font l'objet d'une prise en charge plus tardive des MCCV que les hommes, en raison, notamment, du manque d'informations des femmes elles-mêmes du fait qu'elles sont également concernées par ce type de pathologies et d'une méconnaissance par les praticien.ne.s des symptômes chez les femmes.

Si les signes caractéristiques d'un infarctus du myocarde chez les hommes sont bien connus : douleur dans la poitrine irradiant la mâchoire et le bras gauche (symptôme absent dans 43 % des cas chez les femmes), les symptômes sont moins nets et moins spécifiques chez les femmes. L'infarctus est, chez elles, le plus souvent précédé de signes avant-coureurs : douleurs dans la poitrine ou dans l'épaule, palpitations lors d'un effort par exemple. Ces manifestations sont la plupart du temps négligées par les femmes, qui ont tendance à les croire liées au stress ou à la fatigue. Les femmes et les professionnel.le.s doivent être formé.e.s et informé.e.s qu'un essoufflement peut être le signe avant-coureur d'une pathologie cardiaque. Ces difficultés à respirer, associées à une forte fatigue persistante, peuvent évoquer l'anxiété et orienter à tort le diagnostic vers une anxiété ou une dépression. Il est également nécessaire de sensibiliser les femmes à des symptômes pris, à tort, pour des problèmes digestifs : nausées, vomissements, sueurs, douleurs dans l'estomac.

Alertant sur la sous-estimation des risques cardio-vasculaires chez les femmes, Claire MOUNIER-VEHIER, Présidente de la Fédération Française de Cardiologie, évoque un sexisme des médecins qui conduit à une « double peine, médicale et sociale » liée « à une sous-évaluation des risques ayant pour conséquences un sous-dépistage, un sous-traitement, et une sous-rééducation. »

Cette méconnaissance des symptômes spécifiques conduit les femmes, ou leurs proches, à appeler les services plus tardivement que pour un homme. Elles sont en moyenne prises en charge une heure plus tard que les hommes :

« Les femmes sont moins bien dépistées et prises en charge plus tardivement. Les études montrent qu'elles arrivent dans les services d'urgence une heure plus tard que les hommes... Ce retard de diagnostic est grave puisqu'il peut conduire à un retard de prise en charge thérapeutique. C'est une véritable perte de chance, car les femmes se remettent plus difficilement »

Professeure Claire MOUNIER-VEHIER,
Présidente de la Fédération Française de Cardiologie⁶⁶

Ainsi, les femmes, elles-mêmes, sous-estiment les risques cardio-vasculaires et, en cas d'accidents, ceux-ci sont pris en charge plus tardivement. Les résultats sont sans appel : 55 % des accidents cardiaques sont fatals chez les femmes, 43 % chez les hommes⁶⁷.

Chez les femmes en situation de précarité, en particulier, avec un taux de mortalité supérieur

Comme pour les cancers du sein et du col de l'utérus précédemment évoqués, plus une femme rencontre des difficultés sociales, moins elle participe aux dépistages⁶⁸.

Comme évoqué par le Professeur Thierry LANG lors de son audition devant le HCE, les maladies cardio-cérébro-vasculaires sont diagnostiquées plus tardivement chez les personnes en situation de précarité, et en particulier les femmes.

En raison de risques aggravés, d'un dépistage moins fréquent et d'une prise en charge plus tardive, la mortalité des femmes en situation de précarité atteintes d'une maladie cérébrovasculaire et/ou d'une cardiopathie ischémique (maladie coronarienne) est plus importante que pour l'ensemble des femmes.

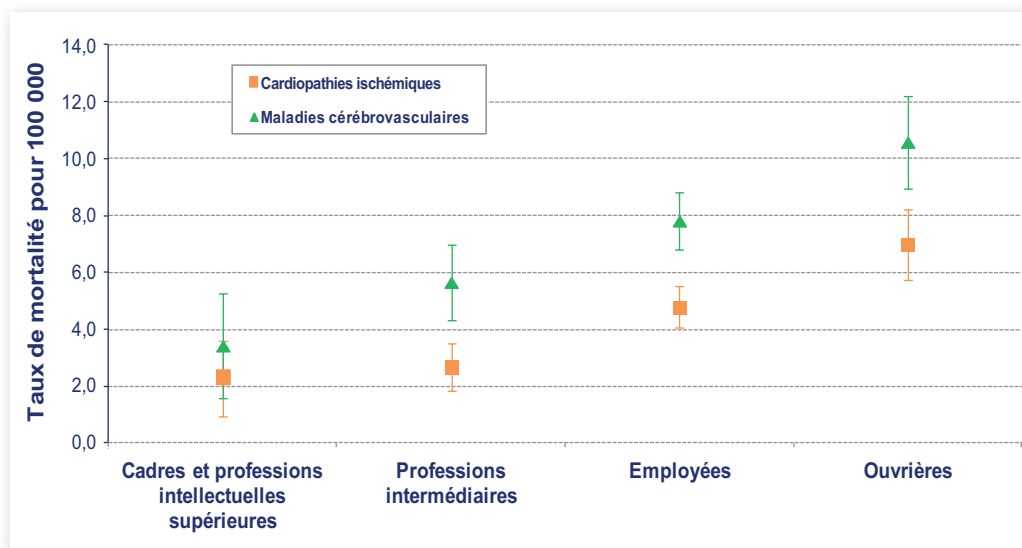
66 - Site de la Fédération française de cardiologie, www.fedecardio.org

67 - Fédération française de cardiologie, « Cœur, artères et femmes : aujourd'hui, les femmes sont moins protégées que les hommes », 2016.

68 - Duport N., Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique 2008, p 303-13.

Comme le montre une étude, à paraître, menée par la Direction Santé Travail de Santé Publique France (Ministère de la Santé), on constate de très fortes disparités des taux de mortalité liée à des maladies cardiovasculaires selon la catégorie socio-professionnelle :

**Mortalité prématurée cardiovasculaire chez les femmes de 35 à 74 ans selon la catégorie sociale :
Taux annuel moyen sur la période 1976-2002 pour 100 000 personnes années**



Source : Santé Publique France, Direction de la Santé au Travail, à paraître.

	Nombre de décès	Taux de mortalité standardisé pour 100 000 PA	Intervalle de confiance à 95%
Cardiopathies ischémiques			
1976-2002			
Cadres et professions intellectuelles supérieures	29	2,3	[0,1 - 3,6]
Professions intermédiaires	82	2,7	[1,8 - 3,5]
Employées	407	4,8	[4,1 - 5,5]
Ouvrières	342	7,0	[5,8 - 8,2]
Maladies cérébro-vasculaires			
1976-2002			
Cadres et professions intellectuelles supérieures	25	3,4	[1,6 - 5,3]
Professions intermédiaires	118	5,7	[4,3 - 7,0]
Employées	481	7,8	[6,8 - 8,8]
Ouvrières	352	10,6	[9,0 - 12,2]

L'analyse porte sur la dernière profession exercée par les femmes.

Il existe un gradient de mortalité croissant depuis la catégorie des cadres à celle des ouvrières. Ce gradient est observé aussi bien pour les décès par cardiopathies ischémiques (de 2,3 pour 100 000 femmes cadres à 7,0 pour 100 000 femmes ouvrières) que par les décès par maladies cérébrovasculaires (de 3,4 pour 100 000 femmes cadres à 10,6 pour 100 000 femmes ouvrières).

Cardiopathies ischémiques :

Ainsi, chez les femmes ouvrières, le taux de mortalité par cardiopathies ischémiques se situe entre 5,8 et 8,2 pour 100 000 femmes ayant exercé cette profession une année entre 1976 et 2002.

Pour les femmes dont la dernière fonction était de niveau cadre ou profession intellectuelle supérieure, ce taux de mortalité se situe entre 0,1 et 3,6 pour 100 000 femmes.

Maladies cérébro-vasculaires :

Le taux de mortalité par maladies cérébro-vasculaires se situe entre 9 et 12,2 pour 100 000 femmes ayant exercé la profession d'ouvrière une année entre 1976 et 2002. Ce taux se situe entre 1,6 et 5,3 pour 100 000 femmes cadres et de professions intellectuelles supérieures.

En résumé, les femmes ouvrières ont donc un taux de mortalité en moyenne 3 fois supérieur, aussi bien pour les cardiopathies ischémiques que pour les maladies cérébro-vasculaires, par rapport aux femmes ayant exercé la fonction de cadre ou une profession intellectuelle supérieure.

SECTION 2 :

Les femmes en
situation de précarité
font face à des
déterminants sociaux
de santé
particulièrement
dégradés

1. Des conditions de travail plus usantes, plus stressantes et insuffisamment considérées comme telles

a. Temps partiels, contrats instables et emplois non qualifiés : quand le travail alimente la précarité et dégrade les conditions de vie, et la santé

Les femmes représentent aujourd'hui 70 % des travailleur.euse.s pauvres et occupent 82 % des emplois à temps partiel⁶⁹. Pour l'économiste Françoise MILEWSKI, « phénomène longtemps occulté, il s'avère maintenant être une évidence que ce sont majoritairement les femmes qui sont concernées par la précarité »⁷⁰.

La précarité sur le marché du travail peut se caractériser par :

- ▀ **des emplois à temps partiel** : entre 1980 et 2010, parmi les femmes ayant un emploi, la part de celles qui travaillent à temps partiel a doublé, passant de 15 % à 30 %⁷¹. On parle de stabilité dans le sous-emploi concernant des femmes à temps partiel, de manière stable (en CDI). Les salariées à temps partiel ont un salaire mensuel évidemment plus faible, mais leur salaire horaire est également plus faible que pour les temps plein, car ce sont surtout des emplois peu qualifiés ;
- ▀ **des contrats instables** : si les femmes sont deux fois moins nombreuses que les hommes parmi les intérimaires, elles représentent 60 % des emplois à durée déterminée (3 CDD sur 5)⁷² ;
- ▀ **des emplois non qualifiés** : 62 % des emplois non qualifiés sont occupés par des femmes, contre 56 % il y a vingt ans.

L'emploi des femmes concentré dans un très un petit nombre de métiers, très majoritairement dans le secteur tertiaire

L'INSEE reconnaît 87 familles professionnelles au sein desquelles se répartissent l'ensemble des métiers. En 2013, près de la moitié des femmes en emploi se concentre dans seulement 12 familles professionnelles sur ces 87. Sur les années 2010-2012, la part des femmes approche ou dépasse les 90 % dans huit métiers : trois métiers peu qualifiés de services aux particuliers (assistant.e.s maternel.le.s, aides à domiciles, employé.e.s de maison), les métiers de secrétaires et de secrétaires de direction, coiffeur.euse.s ou esthéticien.ne.s, infirmière.e.s et les aides-soignant.e.s. [...] Les métiers qui comptent la plus forte proportion des femmes sont des métiers du tertiaire, tandis que ceux qui en comptent le moins sont des métiers de l'industrie ou de la construction.

Extrait des Chiffres-clés 2016 « Vers l'égalité réelle entre les femmes et les hommes »,
Ministère des familles, de l'enfance et des droits des femmes

69 - CESE, « Femmes et précarité », 2013.

70 - Audition devant le HCE, 5 octobre 2016.

71 - Entre 1975 et 2008, sur les 3 831 000 emplois créés, les deux tiers l'ont été à temps partiel et ils ont très majoritairement concerné les femmes (près de 70 %).

72 - INSEE, Enquête emploi, 2014.

Emplois à temps partiel, contrats instables et emplois non qualifiés sont des facteurs qui ont tendance à se cumuler :

- Temps partiel et emploi non qualifié : 49 % des employées non qualifiées sont à temps partiel, contre 19 % des femmes cadres⁷³. Le temps partiel est beaucoup plus « contraint » dans les emplois peu qualifiés : selon l'enquête emploi en continu de l'INSEE, 39,7 % des ouvrières à temps partiel et 35,3 % des employées à temps partiel souhaiteraient travailler plus et sont disponibles pour le faire. Cette part est de 16,9 % chez les femmes cadres⁷⁴.
- Temps partiel et contrats instables : en 2010, 37 % des contrats à durée déterminée (45 % de femmes, 26 % de hommes) sont à temps partiel, contre 17 % pour les contrats à durée indéterminée (29 % de femmes, 5 % de hommes). Ainsi, près d'1 femme sur 2 en CDD est à temps partiel, contre 1 homme sur 4.

Pour les femmes en situation de précarité, « les frontières sont floues entre l'activité et l'inactivité, entre le chômage, les CDD, le congé parental, etc. Les femmes sont à la fois dans, hors et en marge du marché du travail. D'où une fragilité de l'insertion et une fragilité de la réinsertion » selon l'économiste Françoise MILEWSKI, auditionnée par le Haut Conseil à l'Égalité.⁷⁵

Selon l'INSEE, en 2014 en France, les femmes représentent 57,5 % des inactif.ve.s et 46,5 % des personnes sans emploi.

L'exclusion ou le retrait de la vie professionnelle qui se traduit par le chômage ou l'inactivité peut être lié au sexe, et se cumuler avec d'autres facteurs de discriminations : handicap, origine réelle ou supposée, âge... Selon le Défenseur des droits, les femmes en situation de handicap sont particulièrement exposées et plus souvent sans emploi : « les femmes handicapées qui sont sans emploi sont moins nombreuses que les hommes à engager des démarches de recherche d'emploi et sont plus souvent en situation d'inactivité (55 % contre 45 % des hommes) »⁷⁶.

Que l'activité professionnelle soit instable ou stable dans le sous-emploi, les femmes occupant des postes peu qualifiés sont exposées à des conditions de travail majoritairement dégradées : horaires souvent atypiques ou décalés, décalage entre journée effective et temps de travail réel, situations de multi emplois, temps de transport conséquents et imprévisibilité des horaires d'une semaine à l'autre. Or, l'impact de la précarité en emploi sur l'état de santé est désormais attesté par de nombreux rapports, en particulier ceux de l'Agence nationale d'amélioration des conditions de travail :

« La précarité sur le marché du travail est un facteur de dégradation des conditions de vie des femmes et de la santé des femmes. »

Florence CHAPPERT, responsable du projet « Genre, égalité, santé et conditions de travail »
à l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT)⁷⁷

b. Des dispositifs de prévention, d'accompagnement et de compensation qui intègrent trop peu les spécificités des emplois et des conditions de travail des femmes en situation de précarité

Longtemps, le champ de la santé au travail est resté pensé au « masculin neutre ». Les rapports successifs de l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT) estiment que l'exposition des femmes aux risques et à la pénibilité dans certains des emplois, métiers ou secteurs qu'elles occupent est sous-estimée :

« Il existe une sous-évaluation de l'exposition aux risques et pénibilités des femmes dans certains de leurs emplois, métiers ou secteurs qui est plus marquée que pour les emplois occupés par les hommes. Elle est liée à une invisibilité des risques pour certains emplois ou secteurs à prédominance féminine (service, soin, commerce, administratif...) compte tenu du fait qu'ils ont été longtemps considérés comme « légers » au contraire des emplois ou secteurs « lourds » à prédominance masculine (BTP, industrie, énergie...). Elle est liée aussi à un manque

73 - INSEE, Femmes et hommes, l'égalité en question, édition 2017.

74 - INSEE, Enquête emploi en continu, 2014.

75 - Audition devant le HCE, 5 octobre 2016.

76 - Défenseur des Droits, L'emploi des femmes en situation de handicap, Novembre 2016.

77 - Audition devant le HCE, 20 février 2017.

de prise en compte dans l'évaluation des risques et de leurs impacts des différences d'expositions dues à certaines différences biologiques (morphologie, taille, fonctions reproductives...) ou à des rapports ou rôles sociaux distincts (sexisme, contraintes de la vie personnelle et familiale...) : les mêmes emplois peuvent conduire à des effets différenciés sur la santé des femmes et des hommes. »⁷⁸

Depuis 2016 et la loi pour la modernisation de notre système de santé, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) doit désormais faire apparaître, dans son rapport d'activité et de gestion, les données par sexe, en particulier concernant les accidents du travail et les maladies professionnelles. La production de ces données pourra permettre de préciser l'analyse jusqu'alors réalisée par l'ANACT sur l'impact différencié du travail sur les femmes et les hommes.

Les risques

Les risques professionnels concernent les dangers auxquels peut être confronté.e la.le salarié.e et qui peuvent entraîner des maladies professionnelles et des accidents du travail.

L'employeur.se.s est responsable, devant la loi, de la santé et de la sécurité des salarié.e.s dans son entreprise.

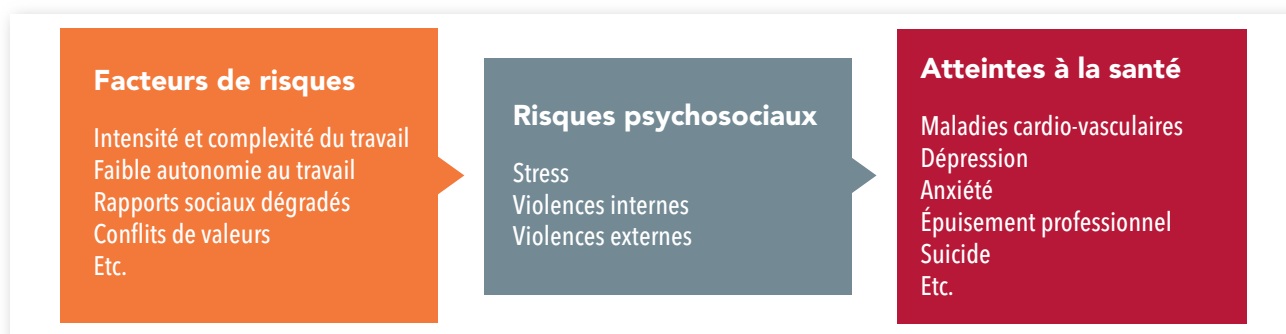
Pour ce faire, il est tenu :

- ▀ d'évaluer les risques professionnels (EvRP) au sein de l'entreprise, recueillis dans « un document unique » qui, depuis la loi du 4 août 2014, doit tenir compte de l'impact différencié de l'exposition au risque en fonction du sexe ;
- ▀ de prendre les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des salarié.e.s⁷⁹, y compris dans le choix des procédés de fabrication, des équipements de travail, des substances ou préparations chimiques, dans l'aménagement ou le réaménagement des lieux de travail ou des installations et dans la définition des postes de travail.

Les risques psychosociaux concernent majoritairement les femmes et ont un impact sur leur santé

Les risques psychosociaux touchent majoritairement les femmes et ont un fort impact sur la santé. Pourtant, ces risques font toujours peu l'objet de mesures préventives de la part des employeur.se.s, et leur impact sur la santé mentale n'est pas reconnu par l'Assurance maladie.

Les risques psychosociaux ne constituent pas une maladie en soi, mais lorsqu'ils sont intenses et prolongés et que plusieurs facteurs se cumulent, ils peuvent avoir des effets néfastes sur la santé physique et mentale (dépression, syndrome anxio-dépressif pour 81 % des cas reconnus⁸⁰). Leurs effets sont désormais bien connus grâce à des études récentes : l'enquête Surveillance Médicale des expositions aux risques professionnels (SUMER) de 2003 et l'enquête Santé et itinéraire professionnel (SIP) réalisée en 2010 par la DARES par exemple.



Source : Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (INRS)- Dossier « risques psychosociaux ».

78 - ANACT, Photographie statistique des accidents de travail, des accidents de trajet, et des maladies professionnelles en France selon le sexe 2001 et 2015, mars 2017, p15.

79 - Art. L. 4121-1 et suivants du Code du travail.

80 - ANACT, Les facteurs de psychosociaux de risques au travail et la santé : une approche par genre des données statistiques nationales, 2014, p28-29.

L'absence de prise en compte voire l'invisibilisation des risques encourus par les femmes en situation de précarité est particulièrement notable pour les risques psychosociaux :

« Ce sont des risques en augmentation rapide, pour la prévention desquels les pouvoirs publics et les entreprises ont engagé des moyens importants, mais qui ne font (pour l'instant) l'objet d'aucune reconnaissance dans le système des tableaux de maladies professionnelles, ni dans les dispositifs sur la pénibilité. »

Florence CHAPPERT,
Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail⁸¹

L'étude des risques psychosociaux au travail s'appuie sur différents indicateurs :

- Demande psychologique (charge mentale de travail dans ses différents aspects) ;
- Latitude décisionnelle (place des compétences et marges de manœuvre) ;
- Soutien social (relations avec les collègues et les supérieur.e.s).

Dans toutes les catégories socio-professionnelles, les femmes sont plus exposées que les hommes à certains facteurs de risques psychosociaux : 49 % déclarent devoir se dépêcher (contre 43 % des hommes), 45 % font un travail répétitif (soit 7 points de plus que les hommes), un tiers disent ne pas pouvoir régler elles-mêmes les incidents (soit 6 points de plus que les hommes).

Les femmes font aussi plus souvent état d'exigences émotionnelles (36 % disent devoir cacher leurs émotions ou faire semblant d'être de bonne humeur, contre 25 % des hommes) et déclarent plus souvent être exposées à des tensions internes ou externes (dans les métiers de service notamment).

Ainsi, les ouvrières et les employées non qualifiées cumulent plusieurs contraintes : pression temporelle forte (devoir se dépêcher), faible autonomie dans l'organisation de leur travail (peu de possibilité de négocier les délais et peu d'autonomie) et situation d'isolement où elles ont peu de soutien social, aussi bien de la part de leur hiérarchie que de leurs pairs. Il convient également de noter que ces facteurs de risque au travail se cumulent avec la charge mentale liée aux tâches domestiques et aux responsabilités familiales qui continuent de peser majoritairement sur les femmes et ce d'autant plus lorsqu'elles sont isolées.

La tension au travail est également plus forte chez les femmes occupant des postes peu qualifiés et plus précaires :

Salarié.e.s tendu.e.s par catégorie socioprofessionnelle selon le sexe - en 2010

	Femmes	Hommes
Cadres professions intellectuelles	18,7 %	15,4 %
Professions intermédiaires	28,8 %	22,8 %
Employé.e.s administratif.ve.s	35,9 %	33,1 %
Employé.e.s de service	30,2 %	29,4 %
Ouvrier.e.s qualifié.e.s	33,2 %	25 %
Ouvrier.e.s non qualifié.e.s	36,7 %	30,2 %
Ensemble	30,9 %	24,4 %

Source : Enquête SUMER 2010

Ces risques ont fait l'objet de nombreuses enquêtes statistiques ces dernières années et d'une prise de conscience accrue des pouvoirs publics, avec notamment la constitution, en 2008, par l'INSEE, d'un « collège d'expertise sur le suivi statistique des risques psychosociaux au travail », sur demande du Ministre en charge du travail.

81 - ANACT, Les facteurs psychosociaux de risques au travail et la santé : une approche par genre des données statistiques nationales, 2014, p.18.

Dans son rapport final rendu public en 2011⁸², ce collège préconise de mettre en place des indicateurs nationaux pour suivre six types de facteurs de risques psychosociaux au travail :

- ▶ L'intensité du travail et le temps de travail ;
- ▶ Les exigences émotionnelles et le fait de devoir cacher ses émotions au travail ;
- ▶ Le manque d'autonomie ;
- ▶ La mauvaise qualité des rapports sociaux au travail ;
- ▶ La souffrance éthique (ressentie par une personne à qui on demande d'agir en opposition avec ses valeurs professionnelles, sociales ou personnelles) ;
- ▶ L'insécurité de la situation de travail (l'insécurité socio-économique et le risque de changement non maîtrisé de la tâche et des conditions de travail).

Dans la suite de ces travaux, un volet « risques psychosociaux » a été intégré en 2013, à l'enquête « Conditions de travail » réalisée par la direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (Dares) du Ministère en charge de l'emploi, via un questionnaire auto-administré.

Une enquête régulière spécifique sur les risques psychosociaux a par ailleurs été créée et devrait être publiée prochainement, avant une nouvelle édition en 2019.

Une prévention et une compensation des risques psychosociaux insuffisantes

Aujourd'hui, les troubles de santé mentale ne sont pas identifiés dans les tableaux des maladies professionnelles précédemment cités. Ainsi, les maladies liées à des risques psychosociaux ne peuvent être reconnues comme étant d'origine professionnelle qu'au titre du système complémentaire, par les Comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP).

Les CRRMP, Comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles, ont été créés en 1993 pour permettre aux assuré.e.s dont la maladie ne figure pas dans un tableau de maladies professionnelles ou qui ne remplit pas tous les critères de ce dernier de tenter de faire reconnaître le caractère professionnel de leur pathologie. Un CRRMP peut être saisi par une CPAM, Caisse primaire d'assurance maladie, et doit se prononcer sur le lien, ou l'absence de lien, qui existe entre la pathologie présentée par la victime et son activité professionnelle. Il existe 16 CRRMP en France métropolitaine.

Selon l'ANACT, « la reconnaissance de ces pathologies dans le cadre des CRRMP est très faible au regard du phénomène réel »⁸³, qui impacte en particulier les femmes en situation de précarité.

Au-delà de la reconnaissance de l'impact des risques psycho-sociaux, il apparaît nécessaire de renforcer la prévention en amont, avant que ne se déclare une maladie. Pour ce faire, il s'agit d'informer et de former une diversité d'acteur.ice.s :

- ▶ l'employeur.euse ;
- ▶ les membres du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) ;
- ▶ les représentant.e.s du personnel.

82 - Rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail, « Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser », 2011.

83 - ANACT 2014, p.28-29.

La pénibilité

Une définition indifférente aux conditions de travail des femmes en situation de précarité

Le Code du travail prévoit une obligation générale de sécurité qui incombe à tout employeur.euse du secteur privé. À ce titre, il doit évaluer et prévenir l'ensemble des risques professionnels auxquels sont exposé.e.s les salarié.e.s.

Lorsque les mesures de prévention se révèlent insuffisantes pour empêcher les risques professionnels, la loi définit certains risques comme étant des facteurs de pénibilité pouvant occasionner des dommages durables aux salarié.e.s au-delà de certains seuils d'exposition. La loi instaure alors, au bénéfice de ces salarié.e.s, un mécanisme de compensation.

La reconnaissance de la pénibilité permet de financer : une formation professionnelle (permettant de s'orienter vers un emploi non exposé ou moins exposé à des facteurs de pénibilité), un complément de rémunération lors d'un passage à temps partiel ou un départ anticipé à la retraite.

La loi du 20 janvier 2014 « garantissant l'avenir et la justice du système de retraites » prévoit la mise en place d'un compte prévention pénibilité pour les salarié.e.s exposé.e.s aux risques professionnels.

Reconnaissance de la pénibilité au travail : un dispositif en cours de refonte

Depuis le 1^{er} janvier 2015, le « compte personnel de prévention de la pénibilité » dit « C3P » permet aux salarié.e.s d'acquérir des points dès lors qu'ils.elles sont exposé.e.s à un ou plusieurs facteurs de risques de pénibilité, au-delà des seuils fixés par décret :

- ▶ Travail de nuit entre minuit et 5 heures, pour une durée minimale de 120 nuits par an ;
- ▶ Travail en équipe en horaires alternants avec au minimum une heure d'activité entre minuit et 5 heures, pour une durée minimale de 50 nuits par an (comme par exemple les « 3 x 8 ») ;
- ▶ Travail répétitif pour une durée minimale de 900 heures par an ;
- ▶ Travail exercé en milieu hyperbare pour les interventions réalisées sous une pression inférieure à 1 200 hectopascals et répétées plus de 60 fois par an ;

Depuis le 1^{er} juillet 2016, 6 autres facteurs de pénibilité sont pris en compte :

- ▶ Manutentions manuelles de charges, c'est-à-dire toute opération de transport ou de soutien d'une charge dont le levage, la pose, la poussée, la traction, le port ou le déplacement, qui exige l'effort physique d'un ou de plusieurs travailleur.se.s ;
- ▶ Postures pénibles définies comme positions forcées des articulations ;
- ▶ Vibrations mécaniques transmises aux mains et aux bras et celles transmises à l'ensemble du corps ;
- ▶ Agents chimiques dangereux, y compris les poussières et les fumées ;
- ▶ Températures extrêmes ;
- ▶ Bruit.

Ces activités alimentent un compte de points afin de permettre aux salarié.e.s de sortir de la pénibilité. Ainsi, dès 2016, ils.elles peuvent bénéficier en fonction des points accumulés :

- ▶ d'une formation professionnelle pour permettre une reconversion vers un métier moins pénible ;
- ▶ d'un travail à temps partiel sans perte de salaire ;
- ▶ d'un départ anticipé à la retraite.

Pour chaque salarié.e exposé.e au-delà des seuils, l'employeur renseigne l'exposition via son logiciel de paie. La déclaration sociale est générée et le compte pénibilité est automatiquement créé.



Le compte personnel de prévention pénibilité est un dispositif récent qui doit encore faire ses preuves. Selon les données fournies par la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV), au titre de l'année 2015⁸⁴ :

► 552 187 salarié.e.s ont été déclaré.e.s exposé.e.s dont 129 985 femmes (23,5 %) et 422 184 hommes (76,5 %)⁸⁵

► suite à cette déclaration au titre de l'année 2015, 513 764 salarié.e.s ont acquis au moins un point dont 116 728 femmes (22,7 %) et 397 036 hommes (77,3 %).

Lors des auditions menées par le Haut Conseil, il est apparu que les 10 facteurs de pénibilité au travail définis par le Code du travail sont basés sur des conditions de travail et une acception de la pénibilité qui renvoient à des postes occupés par les hommes :

« Les facteurs de pénibilité retenus par la loi relèvent plutôt de contraintes que l'on retrouve dans des métiers à dominance masculine, hormis le travail de nuit et le travail répétitif qui concernent de plus en plus de femmes. »

Marion GILLES,
département Études Capitalisation & Prospective, ANACT⁸⁶

Pourtant les conditions de travail de nombreuses femmes précaires sont autant marquées par la pénibilité physique que mentale : postures contraignantes, exposition aux violences verbales et physiques, gestes répétitifs, fonds sonores permanents d'un niveau trop élevé, tâches morcelées, manque d'autonomie mais également port répété de petites ou importantes charges (aidantes qui manipulent des personnes invalides, caissières...).

Par ailleurs, le caractère haché des carrières des femmes (prégnance du temps partiel, congés parentaux...) peut rendre plus difficile le cumul de points nécessaire pour accéder à une formation, un travail à temps partiel sans perte de salaire et, plus encore, pour un départ anticipé à la retraite.

La nécessité de mieux prendre en compte la pénibilité du travail des femmes en situation de précarité

« Le travail entrepris pour prévenir la pénibilité et les maladies professionnelles dans les secteurs où les hommes sont surreprésentés a porté ses fruits et c'est une bonne nouvelle. Il est temps maintenant d'entamer le même travail pour les secteurs et les métiers occupés majoritairement par des femmes. »

Sophie BINET,
Responsable de la commission « Femmes-mixité » de la CGT⁸⁷

Prendre en compte la pénibilité des conditions de travail des femmes précaires implique, selon le HCE :

1. de modifier les seuils retenus pour certains critères :

Les conditions de travail pénibles auxquelles sont exposées les femmes précaires peuvent échapper aux critères fixés dans le cadre du compte personnel de prévention pénibilité, soit parce que les seuils (d'heures travaillées, de poids portés...) sont trop élevés, soit parce que certains critères n'entrent pas en ligne de compte.

84 - 1^{ère} année de mise en œuvre du dispositif, 4 facteurs de pénibilité étaient en vigueur (sur les 10 prévus par les textes) : travail de nuit, travail en équipes successives alternantes, travail en milieu hyperbare et travail répétitif.

85 - Le sexe n'est pas connu pour 18 salarié.e.s déclaré.e.s exposé.e.s.

86 - Entretien le 12 avril 2017.

87 - Audition devant le HCE, 13 février 2017.

Focus sur les seuils pour les manutentions manuelles de charges :

On entend par manutention manuelle, toute opération de transport ou de soutien d'une charge, dont le levage, la pose, la poussée, la traction, le port ou le déplacement, exige l'effort physique d'un.e ou de plusieurs travailleur.euse.s.

Les seuils fixés par l'Article D4161-2 du Code du travail sont les suivants :

Au moins 600 heures par an :

- ▶ Lever ou porter une charge unitaire de 15 kilogrammes ;
- ▶ Pousser ou tirer une charge unitaire de 250 kilogrammes ;
- ▶ Déplacement du/de la travailleur.se avec la charge ou prise de la charge au sol ou à une hauteur située au-dessus des épaules d'une charge unitaire de 10 kilogrammes.

Au moins 120 jours par an :

Cumul de manutentions de charges : 7,5 tonnes cumulées par jour.

- ➔ une hôtesse de caisse qui porte ou pousse un pack d'eau (9 kg) toutes les 10 minutes, 7 h par jour atteint 378 kg cumulés par jour. Elle est en dessous du seuil de cumul de manutention de charges et le facteur de pénibilité « manutention manuelle » n'est pas pris en compte. Pour atteindre le seuil, il faudrait porter plus de 800 packs d'eau par jour.
- ➔ une aide-soignante qui porte ou aide un.e malade pesant 70 kg à se lever deux fois par jour, soit 140 kg par jour n'atteint pas le seuil de cumul de manutentions de charges journalière de 7500 kg par jour. Pour atteindre le seuil, il faudrait porter plus de 100 patient.e.s par jour.

2. de compléter les critères déjà existants pour prendre en compte les conditions de travail des femmes : intégrer la station debout au critère « postures pénibles », les produits ménagers parmi les « agents chimiques dangereux » et les horaires atypiques dans « travail en équipe en horaires alternants » ;

Focus sur l'impact des produits ménagers sur la santé :

Les recherches se focalisent sur les produits chimiques utilisés en extérieur (pesticides) mais très peu sur les produits utilisés en intérieur qui affectent les femmes qui effectuent les tâches ménagères chez elles, et logiquement, les femmes qui font le ménage chez les autres toute la semaine.

Les produits ménagers émettent principalement des Composés Organiques Volatils (COV). Comme leur nom l'indique, ils sont très volatils, ce qui leur permet de se propager et de contaminer l'air intérieur des habitations.

On les trouve dans les détergents, les dégraissants, les solvants, les lave-vitres mais aussi dans les désodorisants tels que les bougies parfumées, les parfums d'intérieur ou l'encens. Si, le plus souvent, l'exposition aux produits ménagers se traduit par une irritation des voies respiratoires pouvant aboutir à de l'asthme, une exposition sur le long terme peut engendrer des pathologies plus graves. En effet, certains COV, comme le benzène et le formaldéhyde, sont reconnus comme cancérogènes par le Centre International de Recherche sur le Cancer.

Une étude américaine⁸⁸ parue dans Environmental Health en 2010 et menée sur 787 femmes a montré que « celles utilisant le plus de produits d'entretien avaient deux fois plus de risques de développer un cancer du sein que celles qui en utilisent le moins. »⁸⁹

Face à ces constats, le Haut Conseil à l'Égalité recommande le développement d'études épidémiologiques approfondies et l'intégration des produits ménagers dans le critère de pénibilité « exposition aux agents chimiques dangereux ».

88 - <http://ehjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/1476-069X-9-40>

89 - Association Santé Environnement France « Pour un ménage santé ».

3. suite à des enquêtes épidémiologiques approfondies sur leur impact sur la santé, prendre en compte de nouveaux facteurs de pénibilité propres aux emplois occupés par des femmes : multiplication des trajets pour des interventions à domicile, exposition aux risques biologiques, etc.

Recommandation n°2 : Mieux prendre en compte les contraintes des emplois majoritairement occupés par les femmes en situation de précarité :

- Pour permettre une plus juste compensation dans le cadre du compte personnel de prévention de la pénibilité :
 - modifier par décret les seuils des critères de pénibilité, notamment (pour les manutentions de charges lourdes et la répétitivité des tâches) pour reconnaître que la manutention de charges peu importantes mais répétées constitue un niveau de pénibilité élevé ;
 - compléter les critères déjà existants pour prendre en compte les conditions de travail des femmes : considérer la station debout parmi les « postures pénibles », considérer les produits ménagers parmi les « agents chimiques dangereux » et les horaires atypiques dans « travail en équipe en horaires alternants » ;
 - suite à des enquêtes épidémiologiques approfondies sur leur impact sur la santé, prendre en compte de nouveaux facteurs de pénibilité propres aux emplois occupés majoritairement par des femmes : multiplication des trajets pour des interventions à domicile, exposition aux risques biologiques, etc.
- Pour reconnaître le lien entre risques psychosociaux et troubles de santé mentale : reconnaître les troubles de santé mentale parmi les tableaux des maladies professionnelles (dépression, épuisement, dépression réactionnelle, état de stress post traumatique lié aux agressions).

Par ailleurs, ces questions, aujourd'hui relativement absentes du plan national de santé au travail 2016-2020⁹⁰ (décliné en plans régionaux santé au travail) pourraient être mieux prises en compte à l'avenir dans ces textes cadres.

Les négociations annuelles obligatoires sur la qualité de vie au travail

La loi du 17 août 2015 relative au dialogue social et à l'emploi réduit, au sein des entreprises de plus de 300 salarié.e.s, le nombre de négociations obligatoires entre employeur.euse.s et représentant.e.s des salarié.e.s de 17 à 3 négociations annuelles.

L'article L2242-8 du code du Travail détermine les 3 grandes catégories de consultations annuelles obligatoires pour les entreprises de plus de 300 salarié.e.s et les items sur lesquelles celles-ci doivent porter :

12 OBLIGATIONS DE NÉGOCIER

- 1 Salaires effectifs/durée effective du temps de travail/organisation du temps de travail
- 2 Intéressement, participation et épargne salariale
- 3 Protection sociale complémentaire des salariés
- 4 Égalité femme/homme
- 5 Handicap, insertion professionnelle et maintien dans l'emploi
- 6 Pénibilité
- 7 Droit d'expression
- 8 Qualité de vie au travail
- 9 Conciliation entre vie personnelle et vie professionnelle
- 10 Contrat de génération
- 11 GPEC
- 12 Déroulement de carrière des salariés exerçant des responsabilités syndicales

3 BLOCS DE NÉGOCIATIONS

- 1 Rémunération, temps de travail et répartition de la valeur ajoutée
- 2 Égalité prof. et QVT
- 3 Gestion des emplois et des parcours professionnels

Source : ANACT, 10 questions sur la qualité de vie au travail, 2016.

90 - Ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social, Plan santé au travail, 2016-2020.

Il apparaît que le 2^{ème} bloc portant sur l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes et la qualité de vie au travail est susceptible d'aborder les enjeux précédemment évoqués. La négociation sur l'égalité professionnelle, comprise dans ce « bloc » doit porter sur les objectifs et les mesures permettant d'atteindre l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes, et notamment « les conditions de travail et d'emploi, en particulier pour les salarié.e.s à temps partiel ».

Cette négociation s'appuie sur les données de la base de données économiques et sociales. La loi du 17 août 2015 prévoit en effet une nouvelle rubrique intitulée « Égalité professionnelle entre les femmes et les hommes » (1^o bis de l'article L2323-8 nouveau du Code du travail). Cette rubrique doit comprendre :

- ▶ un diagnostic et une analyse de la situation respective des femmes et des hommes pour chacune des catégories professionnelles de l'entreprise en matière d'embauche, de formation, de promotion professionnelle, de qualification, de classification, **de conditions de travail, de sécurité et de santé au travail**, de rémunération effective et d'articulation entre l'activité professionnelle et la vie personnelle ;
- ▶ une analyse des écarts de salaires et de déroulement de carrière en fonction de l'âge, de la qualification et de l'ancienneté ;
- ▶ des données relatives à l'évolution des taux de promotion respectifs des femmes et des hommes par métiers dans l'entreprise.

Le Haut Conseil à l'Égalité estime que les enjeux spécifiques de réduction de risques et de prévention de la pénibilité au travail pour les femmes doivent être pris en compte dans le cadre de ces négociations. L'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail mène actuellement un travail sur la négociation Égalité professionnelle-Qualité de vie au travail qui devrait déboucher sur un outil de diffusion qui pourrait intégrer cette question.

La médecine du travail

Un levier essentiel pour l'accès à la santé et la prévention des risques au travail

La médecine du travail

Obligatoire depuis 1946 dans le secteur privé et 1982 dans le secteur public, la médecine du travail vise essentiellement la prévention des maladies professionnelles et des accidents du travail.

Les médecins du travail ont pour mission de conseiller l'employeur.euse, les travailleur.euse.s et les représentant.e.s du personnel sur les mesures nécessaires afin notamment de :

- ▶ éviter ou diminuer les risques professionnels ;
- ▶ améliorer les conditions de travail ;
- ▶ prévenir la consommation d'alcool et de drogue sur le lieu de travail ;
- ▶ prévenir le harcèlement moral ou sexuel ;
- ▶ prévenir ou réduire la pénibilité au travail et la désinsertion professionnelle ;
- ▶ contribuer au maintien dans l'emploi des travailleurs.

Depuis la loi du 26 janvier 2016 pour la modernisation de notre système de santé, le rapport annuel d'activité, établi par le.la médecin du travail, pour les entreprises dont il.elle a la charge doit comporter des données sexuées.

La médecine du travail est un levier essentiel d'accès à la santé et de prévention des risques professionnels, notamment pour les femmes les plus éloignées du système de soins. Or, les femmes cumulant les CDD et les changements d'emploi ou travaillant dans les services à domicile sont moins bien suivies et ne sont bien souvent en lien avec le service de santé au travail qu'au moment où sont constatées des atteintes à la santé, ou lorsqu'il faut prononcer l'incapacité de la salariée au travail pour des raisons médicales⁹¹.

91 - RIQUET O., GROSSETÊTE A., *Précarité ? La banalisation. Enjeux pour la santé et la sécurité. Compte-rendu des débats du Congrès de l'ASMT*, 9 et 10 décembre 2006, 2007, p. 39.

Un contexte global de remise en question, qui impacte particulièrement les femmes en situation de précarité

Les évolutions récentes de la législation en matière d'emploi peuvent laisser présager un nouvel affaiblissement de ce qui pourrait constituer un levier de la prise en compte des conditions de travail sur la santé des femmes.

En effet, la loi relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels du 8 août 2016, dite « loi travail », entrée en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2017, supprime l'obligation d'une visite médicale d'embauche, hormis pour les salarié.e.s exposé.e.s « à certains types de risques⁹² ». Sont considérés comme étant des postes à risques : les postes exposant les salarié.e.s à un risque de maladie professionnelle ou à un risque spécifique d'accident professionnel sur le lieu de travail ; les postes exposant les salarié.e.s à des agents physiques, biologiques et cancérogènes susceptibles de nuire à leur santé ou comportant plus généralement une activité susceptible de mettre gravement en danger la sécurité et la santé d'autres travailleur.euse.s ou de tiers ; les postes nécessitant le contrôle d'une installation dont la défaillance peut mettre gravement en danger la sécurité et la santé d'autres travailleur.euse.s ou de tiers ; le travail de nuit.

Pour tous les autres métiers, la visite médicale d'embauche est remplacée par une visite d'information et de prévention, réalisée dans un délai maximum de 3 mois à compter de l'embauche, par un.e médecin du travail ou un.e médecin collaborateur.ice ou un.e interne en médecine du travail ou un.e infirmier.e. Elle a notamment pour objet d'interroger le.la salarié.e sur son état de santé et doit être renouvelée dans un délai maximal de 5 ans.

On constate par conséquent que les risques auxquels sont majoritairement exposées les femmes en situation de précarité sont peu pris en compte, avec un impact direct sur le suivi médical en emploi : les visites seraient donc moins fréquentes pour les femmes occupant des emplois pourtant contraignants, avec une première visite assurée non plus par un.e médecin mais par une équipe pluridisciplinaire, composée d'infirmier.e.s.

Cette évolution législative pose plus globalement la question des enjeux liés à la médecine du travail, dont les effectifs sont en diminution depuis une quinzaine d'années : entre 2002 et 2014, le nombre d'emplois à temps plein de médecins du travail a diminué de 30 % (de 7067 emplois à temps plein à 5048 au 31 décembre 2013)⁹³.

Le rôle des comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT)

Constitué dans tous les établissements occupant au moins 50 salariés, le CHSCT a pour mission de contribuer à la protection de la santé et de la sécurité des salarié.e.s ainsi qu'à l'amélioration des conditions de travail. Composé notamment d'une délégation du personnel, le CHSCT dispose d'un certain nombre de moyens pour mener à bien sa mission (information, recours à un.e expert.e...) et les représentant.e.s du personnel, d'un crédit d'heures et d'une protection contre le licenciement. Ces moyens sont renforcés dans les entreprises à haut risque industriel. En l'absence de CHSCT, ce sont les délégué.e.s du personnel qui exercent les attributions normalement dévolues au comité.

Le comité contribue à la protection de la santé et de la sécurité des salarié.e.s et à l'amélioration de leurs conditions de travail, notamment par :

- ▮ l'analyse des conditions de travail et des risques professionnels auxquels peuvent être exposé.e.s les salarié.e.s et, en particulier, les femmes enceintes ;
- ▮ la vérification, par des inspections et des enquêtes, du respect des prescriptions législatives et réglementaires et de la mise en œuvre des mesures de prévention préconisées ;
- ▮ le développement de la prévention par des actions de sensibilisation et d'information. Il peut, par exemple, proposer des actions de prévention en matière de harcèlement sexuel ou moral ;
- ▮ l'analyse des circonstances et des causes des accidents du travail ou des maladies professionnelles ou à caractère professionnel, par le biais d'enquêtes.

92 - Article 44 de la Loi relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels du 8 août 2016.

93 - Ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social, Conditions de travail, bilan 2014.

Recommandation n°3 : Faire de la médecine du travail un levier essentiel pour améliorer la santé des femmes en situation de précarité au travail :

- ▶ favoriser le recrutement de médecins du travail ;
- ▶ imposer des visites sur sites aux médecins du travail ;
- ▶ étendre les types de risques visés par l'obligation d'une visite médicale d'embauche ;
- ▶ rappeler à l'ensemble des médecins du travail, par une circulaire du ministère chargé du Travail, leur mission de conseil en matière de repérage du harcèlement moral et sexuel et les informer de la reconnaissance de l'agissement sexiste dans le Code du travail (depuis le 19 août 2015 pour le secteur privé, depuis le 8 août 2016 pour le secteur public).

c. Le cas particulier des grossesses

Des possibilités d'aménagement des conditions de travail limitées dans les faits

Une salariée enceinte n'est pas tenue de révéler son état à son employeur.euse. Dès lors que celui-ci en est informé, le Code du travail prévoit un ensemble de dispositions protectrices au moment de l'embauche, comme pendant l'exécution de son contrat de travail : autorisations d'absence pour examens médicaux, protection contre le licenciement, possibilité d'aménagement des conditions de travail et de changement temporaire de poste d'affectation en cas de risques particuliers, garantie d'une évolution salariale, etc.

▶ **aménagement du poste de travail et changement temporaire d'affectation :**

Certaines dispositions du Code du travail (articles L.41152-1 et suivants) prévoient l'interdiction d'employer les femmes enceintes pour des travaux comportant une liste de risques : exposition à certains agents biologiques ou chimiques, rayonnements ionisants ou champs électromagnétiques, utilisation d'équipements de travail du type marteau-piqueur, manutention de charges avec usage d'un diable, intervention en milieu hyperbare.

Ces « travaux interdits » ouvrent droit à un changement temporaire d'affectation ou à une suspension de contrat de travail avec une garantie de rémunération en cas d'impossibilité de reclassement.

De même, si le travail de nuit n'est pas interdit (articles L.1225-9 à L.1225-11), une salariée enceinte ou ayant accouché peut demander à être affectée sur un poste de jour, à sa demande ou lorsque le.la médecin du travail constate, par écrit, que « le poste de nuit est incompatible avec son état ». Le Code du travail prévoit que ce changement d'affectation, éventuellement dans un autre établissement si la salariée donne son accord, ne doit pas entraîner une diminution de la rémunération.

Si l'employeur.euse refuse de répondre à cette demande, il doit fait connaître par écrit, ainsi qu'au.la médecin du travail, les motifs qui s'opposent à cette affectation. Le contrat de travail est alors suspendu, en dehors de la période de congé de maternité, avec une garantie de maintien de sa rémunération (allocation journalière spécifique de la Sécurité sociale, complétée par l'employeur).

En dehors des risques précédemment évoqués, la salariée enceinte peut également demander un changement provisoire d'emploi, si son état est jugé incompatible avec son poste de travail par le.la médecin du travail (article L.1225-7). Le changement temporaire d'affectation ne doit pas entraîner une diminution de la rémunération. L'affectation prend fin dès que le.la médecin du travail estime que l'état de santé de la salariée lui permet de retrouver son emploi initial. En cas de désaccord entre l'employeur.euse et la salariée, ou lorsque le changement intervient à l'initiative de l'employeur, seul le.la médecin du travail peut établir la nécessité médicale du changement d'emploi et l'aptitude de la salariée à occuper le nouvel emploi envisagé.

▶ **aménagement des conditions de travail et pauses supplémentaires :** aucune mesure n'est prévue dans le Code du travail mais certaines conventions collectives permettent une réduction du temps de travail pour les femmes enceintes, à différents stades de la grossesse.

Ces possibilités d'aménagements demeurent néanmoins peu connues des femmes enceintes si l'employeur.euse, leur médecin traitant, le/la médecin du travail ou les représentant.e.s du personnel ne les en informent pas. Les femmes qui occupent un emploi précaire (CDD, travail temporaire...) et dont les conditions de travail sont particulièrement contraignantes (station debout, port de charges lourdes, travail répétitif...) hésiteront à faire valoir ce droit, pour ne pas menacer leur maintien dans l'emploi.

La suppression du suivi médical renforcé, par la loi du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels, complique la possibilité, pour les salariées enceintes, de connaître ce droit à des adaptations du poste ou l'affectation à un autre poste. Ce suivi renforcé concernait certains types de travailleur.euse.s (mineur.e.s, femmes enceintes, salarié.e.s exposé.e.s à des risques énumérés, travailleur.euse.s handicapé.e.s) et permettait, si le/la médecin le jugeait nécessaire, des examens complémentaires et une surveillance accrue des postes et des conditions de travail.

Depuis le 1^{er} janvier 2017⁹⁴, il revient aux salariées de demander à voir le/la médecin du travail afin qu'il/elle recommande des aménagements de poste pour prévenir les soucis de santé pendant la grossesse.

Il apparaît nécessaire de renforcer la prise en charge psychosociale des femmes enceintes et la prévention des risques au travail afin de réduire les inégalités sociales de santé en matière de suivi et de grossesses à risque. Cette prise en charge globale peut notamment concerner les femmes enceintes qui occupent un emploi présentant des risques professionnels et des facteurs de pénibilité, cumulés à des conditions de vie présentant un risque pour la grossesse (logement insalubre, difficultés pour s'alimenter suffisamment et sainement, etc.).

En 2003, à la demande du ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, une « mission périnatalité » proposait, parmi 20 recommandations, la nécessité d'assurer « une sécurité médicale, sociale et émotionnelle », en particulier par l'instauration d'une consultation spécialisée au 4^{ème} mois avec un.e sage-femme afin de mettre en place la recherche d'éventuelles « formes d'insécurité (couple, famille, précarité) pouvant entraîner des complications sur le lien parent-enfant et sur la pathologie de la grossesse ».⁹⁵

La mise en œuvre de cette recommandation s'est notamment traduite par l'instauration, en 2007, d'un entretien prénatal précoce (EPP), en plus des sept autres consultations prises en charge, assuré par un.e médecin ou un.e sage-femme. D'une durée comprise entre 45 minutes et 1 h, l'EPP est remboursé à 100 % par l'Assurance maladie et vise à aborder les conditions de vie, de travail et de logement et de prévenir des risques pour la santé de la femme enceinte liées à ses conditions de travail.

En 2016, la loi relative à la protection de l'enfant⁹⁶ prévoit qu'un entretien prénatal précoce soit systématiquement proposé à la femme enceinte à l'occasion du premier examen prénatal. La loi précise que l'objet de cet EPP « est de permettre au professionnel d'évaluer avec elle ses besoins en termes d'accompagnement au cours de la grossesse »⁹⁷.

Le Haut Conseil estime que l'existence de cet EPP est encore trop méconnu des femmes enceintes et des médecins eux-mêmes et recommande sa systématisation pour prévenir les risques de complication durant la grossesse, notamment liée aux conditions de travail pénibles, auxquelles les femmes en situation de précarité sont les plus exposées.

La médiatisation récente de plusieurs cas de fausses couches de salariées d'hypermarchés, notamment hôtesse de vente, a soulevé la question de l'impact des conditions de travail sur la santé des femmes enceintes.

La Ministre des Familles, de l'Enfance et des Droits des Femmes, Laurence ROSSIGNOL, a saisi le Conseil supérieur de l'égalité professionnelle (CSEP) le 28 mars 2017 afin qu'il vienne nourrir le rapport élaboré par l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT), saisie conjointement avec la ministre du Travail, de l'Emploi, de la Formation Professionnelle et du Dialogue Social, Myriam EL KHOMRI, afin de « dresser un état des lieux de la situation au travail des femmes enceintes et de ses éventuelles spécificités dans la grande distribution ». Ce rapport, remis le 21 avril 2017 par l'ANACT n'a, à ce jour, pas été rendu public.

94 - Décret du 27 décembre 2016 relatif à la modernisation de la médecine du travail.

95 - Conclusions de la mission périnatalité Conclusions de la mission périnatalité, à la demande de M. le Professeur MATTEI J.-F., Ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, 2003.

96 - Loi du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant, Article 31.

97 - Article L2122-1 du Code de la santé publique.

Recommandation n°4 : Améliorer la protection des femmes enceintes au travail dans la période prénatale :

- ▶ par la systématisation de l'entretien prénatal précoce (EPP), réalisé par un.e médecin ou un.e sage-femme, d'une durée comprise entre 45 minutes et 1 heure, pris en charge par l'Assurance maladie, qui permet d'aborder les conditions de vie, de travail et de logement et de prévenir des risques pour la santé de la femme enceinte liés à ses conditions de travail ;
- ▶ par l'information systématique des femmes qui signalent une grossesse à leur employeur.se de la possibilité de consulter la médecine du travail pour évaluer si leurs conditions de travail doivent être aménagées tel que prévu par le Décret du 27 décembre 2016 relatif à la modernisation de la médecine du travail.

Les discriminations liées à la grossesse peuvent constituer un facteur aggravant de précarité

La grossesse au travail est également un motif de discrimination reconnu depuis la loi du 23 mars 2006 relative à l'égalité salariale entre les femmes et les hommes. En 2017, les critères du sexe et de la grossesse ne représentent respectivement que 3,1 % et 4,5 % des réclamations adressées au Défenseur des droits alors même que 41 % des femmes déclarent avoir fait l'objet d'une discrimination dans leur recherche d'emploi ou dans le déroulement de leur carrière au cours des 5 dernières années⁹⁸. Selon le ministère de la Justice, entre 2012 et 2015, 1 condamnation a été prononcée pour résiliation ou non renouvellement du contrat de travail salarié en raison de l'état de grossesse et 1 pour refus d'embauche⁹⁹.

On constate que les femmes sont peu nombreuses à faire valoir leurs droits en matière de discrimination au travail. Pourtant, dans le sondage IFOP/Défenseur des droits/Organisation internationale du travail (OIT) réalisé auprès des demandeur.euse.s d'emploi et publié en octobre 2013, la grossesse demeure perçue comme un obstacle majeur à l'accès à l'emploi, tout comme « le fait d'avoir des enfants » qui constitue le premier critère de discrimination perçu comme un frein majeur à l'embauche. »¹⁰⁰ Par conséquent, on peut supposer qu'il existe un écart important entre la réalité des discriminations et les démarches entreprises par les femmes pour faire valoir leurs droits.

Les acteur.rice.s spécifiques de la lutte contre les discriminations dans l'emploi des femmes sont peu nombreux.euses et peu visibles. Le Défenseur des droits, notamment, reste encore insuffisamment connu du grand public et du public le plus éloigné du marché du travail. Cela constitue un frein pour les femmes victimes de discriminations à faire valoir leurs droits. Il convient donc de mieux faire connaître au grand public le rôle et les missions du Défenseur des droits afin de favoriser l'accompagnement des victimes de discriminations en raison de la grossesse notamment.

Les femmes qui occupent un contrat précaire ou qui cumulent des contrats de courte durée renouvelables sont particulièrement exposées à ce type de discriminations.

Or, une discrimination en raison de la grossesse au moment de l'embauche ou du renouvellement de contrat sera particulièrement pénalisante si la grossesse intervient dans un contexte déjà fragile, et d'autant plus lorsque la future mère est isolée.

⁹⁸ - Défenseur des droits, baromètre sur la perception des discriminations dans l'emploi, 2017.

⁹⁹ - Chiffres de la Direction des affaires criminelles et des grâces, Novembre 2016.

¹⁰⁰ - L'accès à l'emploi des femmes : Une question de politiques... - Rapport d'une mission sur l'emploi des femmes réalisée à la demande du Ministère des Droits des Femmes entre mars et octobre 2013 et pilotée par Séverine LEMIERE.

2. Une insécurité sociale et économique qui influe sur le mode de vie, le rapport à son corps et au temps

La précarité est définie comme une insécurité¹⁰¹, liée notamment aux aléas d'une activité professionnelle marquée par l'instabilité et l'incertitude du lendemain. Ce sentiment d'insécurité est susceptible, en tant que tel, d'affecter l'état de santé et ce, à plusieurs niveaux.

a. Impacts directs de la précarité sur la santé des femmes : mauvaise alimentation, logement dégradé, absence de loisirs et de pratiques sportives liés aux contraintes financières

L'insuffisance des moyens financiers entraîne une plus faible qualité, quantité et diversité de l'alimentation et impacte la santé

La précarité peut désigner une situation économique dégradée avec de faibles revenus ou des revenus qui ne sont pas garantis sur le long terme. Le manque de ressources financières ou l'impossibilité de se projeter dans l'avenir peuvent avoir un impact direct sur les conditions de vie et sur la santé des femmes.

En premier lieu, le manque de ressources impacte l'alimentation. Selon Marc CASTILLE, représentant du Secours Populaire au sein du Haut Conseil :

« Le manque de ressources financières entraîne une insuffisance en quantité, en qualité et en diversité de l'alimentation. »¹⁰²

Le baromètre IPSOS/Secours Populaire français publié en 2013 révèle que **62 % des mères célibataires** ont rencontré des difficultés financières importantes au cours des douze mois précédant l'enquête pour se procurer une alimentation saine et équilibrée contre **37 % de la population générale**. 49 % d'entre elles déclarent « s'être privées de nourriture pour offrir de bonnes conditions de vie à leurs enfants ».¹⁰³

101 - CESE, Rapport « Grande pauvreté et précarité économique et sociale », 1987.

102 - Intervention à l'occasion de l'Assemblée plénière du HCE, le 27 mars 2017.

103 - Baromètre IPSOS/Secours populaire français, publié dans le n° 332 du magazine Convergence, sept/oct. 2013.

La composition du panier alimentaire est un indicateur d'inégalité sociale. En effet, la consommation alimentaire des adultes de niveaux socioéconomiques les plus faibles est généralement moins favorable à la santé que celle des personnes de plus haute position socioéconomique. L'alimentation des personnes de position socioéconomique défavorisée est en particulier caractérisée par de plus faibles apports en fruits et légumes, produits céréaliers complets, poissons, fibres, et en vitamines et minéraux. En revanche, les apports en énergie et en macronutriments (glucides, lipides, protéines) varient peu ou pas avec la position socioéconomique.¹⁰⁴ Or, les habitudes alimentaires ont un impact direct sur la santé des individus.

Cela a pour conséquence une surexposition des femmes en situation de précarité aux pathologies chroniques liées directement à la nutrition. L'obésité est ainsi beaucoup plus répandue chez les femmes bénéficiaires de la CMU-C : c'est le cas de 15 % d'entre elles contre 9 % de la population générale, ce qui les expose à un risque accru de maladies chroniques (diabète, cancers, maladies cardiovasculaires, etc.)¹⁰⁵.

De nombreuses études montrent par ailleurs que l'alimentation d'une femme pendant sa grossesse peut influencer sur la santé du fœtus et favoriser ou prévenir certaines complications ou pathologies obstétricales : précaution alimentaire permettant de prévenir une toxoplasmose¹⁰⁶, prévention du diabète gestationnel et de ses complications chez l'enfant. Il apparaît nécessaire d'informer les femmes enceintes sur la nutrition (aliments ou comportements à risque parfois méconnus) afin de favoriser une bonne hygiène alimentaire, à l'image des « ateliers santé ville » mis en place depuis 2012 par les réseaux périnataux Paris Nord & Est visant à informer et sensibiliser les femmes sur la nutrition pendant et après la grossesse et sur la nutrition du jeune enfant¹⁰⁷.

Les difficultés économiques impactent l'accès à un logement digne, aux loisirs, au sport et à la culture qui sont des facteurs de bonne santé

« Le fait de vivre dans un logement indigne ou sans domicile fixe et l'absence d'accès aux vacances, aux loisirs, aux pratiques sportives et à la culture impactent la santé directement. ».

Marc CASTILLE,
Membre du Bureau national du Secours populaire français
en charge des relations extérieures et institutionnelles

Le logement

Un statut professionnel précaire (CDD, temps partiel, auto-entrepreneur) complique fortement l'accès à un logement dont l'offre est déjà très rigide et exige des garanties solides. Il est aujourd'hui particulièrement compliqué d'obtenir un logement digne sans pouvoir justifier d'un travail stable et d'un revenu suffisant.

De ce fait, lorsqu'elles ne sont pas sans domicile fixe (38 % des SDF recensé.e.s en 2012 par l'INSEE étaient des femmes)¹⁰⁸, les femmes en situation de précarité, sont bien souvent contraintes d'habiter dans des logements insalubres, humides ou très dégradés, avec toutes les conséquences délétères connues sur le plan sanitaire (asthme, allergies...), et sur le plan de la santé mentale (mal-être et troubles psychiques en cas de logements trop exigus ou sans ouverture sur l'extérieur). La présence d'installations électriques défectueuses, l'instabilité de planchers, plafonds, escaliers sont à l'origine d'une multiplication des accidents domestiques.

Les impacts du mal-logement sur la santé aussi bien physique que mentale sont multiples et d'intensités variables (pathologies, handicaps, syndromes ou troubles), mais ils ont aussi des conséquences en matière de bien-être. Rappelons qu'au sens de l'Organisation mondiale de la Santé, la « bonne santé » n'est pas seulement « l'absence de maladies ou d'infirmité » mais plus largement « l'état de bien-être physique, mental et social »¹⁰⁹. Ainsi, l'habitat

104 - INSERM, *Inégalités sociales de santé en lien avec l'alimentation et l'activité physique*, 2014.

105 - CESE, *Femmes et précarité*, p.37.

106 - Infection par un parasite qui peut se contracter en consommant de la viande contaminée mal cuite, des crudités mal lavées ou de l'eau souillée. Le plus souvent, elle n'entraîne pas de symptôme et est sans gravité. Cependant, elle provoque parfois des complications fœtales chez les femmes enceintes non immunisées et les patients au système immunitaire affaibli.

107 - Réseau Périnatal Paris Nord et Est, *Fiche projet « Ateliers nutrition »*, 2014.

108 - INSEE, *L'hébergement des sans-domiciles en 2012*.

109 - Définition de l'OMS, dans sa Constitution de 1946.

indigne a des conséquences sur le plan social et psychique : dégradation de l'image de soi — liée à la dévalorisation du patrimoine et à la remise en cause du sentiment de sécurité dans le logement — et repli sur soi du ménage, avec le développement d'un sentiment de « honte » qui concerne aussi bien les adultes que les enfants¹¹⁰

Les vacances, les loisirs et la culture

L'absence de vacances et de loisirs a également une influence négative sur cet état de bien-être. Or, la pauvreté et la précarité isolent et limitent l'accès aux loisirs et aux vacances, d'abord par manque de moyens financiers, mais aussi du fait que la charge mentale consacrée à la survie et aux responsabilités (familiales, domestiques, professionnelles, administratives...) prend beaucoup d'énergie et de temps.

D'après le baromètre IPSOS/Secours Populaire de 2013, **86 % des mères célibataires avaient rencontré des difficultés financières pour accéder à des biens ou des activités culturelles, sportives et de loisirs**¹¹¹ au cours de l'année précédant l'enquête.

La pratique sportive

Il en est de même pour la pratique sportive, dont toutes les études épidémiologiques modernes ont montré les bienfaits sur la qualité de vie, la perception de soi et le bien-être. Ainsi, selon le Bulletin de l'Académie nationale de médecine¹¹², « la pratique d'une activité modérée (au moins 3 heures par semaine) ou d'une activité intense (au moins 20 minutes trois fois par semaine) diminue ainsi de 30 % le risque de mortalité prématurée. La pratique d'un sport retarde la dépendance, et constitue un complément thérapeutique efficace en luttant contre la sédentarité pour de nombreuses affections comme l'obésité. De plus, l'activité physique entraînerait une baisse de la prévalence du cancer du sein chez la femme de l'ordre de 30 % et du risque du cancer du côlon dans les deux sexes de l'ordre de 50 % ».

Des stéréotypes de sexe prégnants

La pratique sportive est en premier lieu liée à des stéréotypes de sexe. Le sport, en général, est considéré comme un domaine plutôt masculin et reste plus valorisé, promu et développé chez les hommes et ce, dès l'adolescence.

Comme l'explique la chercheuse Vanessa LENTILLON, experte des inégalités de sexe en éducation physique et de la santé en lien avec la pratique sportive, le sport « contribue à la formation et à la reproduction de la définition dualiste du physique féminin et masculin, les femmes étant considérées faibles et les hommes forts, comme un phénomène naturel. »¹¹³

Les femmes en général déclarent moins souvent pratiquer un sport, que les hommes : 61 % des femmes déclarent n'avoir pratiqué aucune activité sportive l'année précédant l'enquête contre 39 % des hommes¹¹⁴.

Comme toute pratique sociale, les activités physiques et sportives font l'objet d'un marquage sexué. La composition des fédérations sportives est le reflet de ce phénomène. En 2015, les femmes ne représentent que 37 % des licencié.e.s sur l'ensemble des fédérations. Leur participation, en plus d'être limitée, se concentre dans un nombre restreint de domaines : elles sont 83 % des licencié.e.s des fédérations d'équitation, 81 % de ceux.celles de gymnastique et 86 % de ceux.celles de danse.¹¹⁵

Ces freins traditionnels à la pratique par les femmes sont d'autant plus marqués lorsque les femmes sont en situation de précarité. En effet, moins le niveau de diplôme est élevé, plus l'écart se creuse : 83 % des femmes titulaire d'un diplôme inférieur au bac déclarent au moins une activité sportive dans l'année précédant l'enquête et 89 % des hommes¹¹⁶.

110 - Fondation Abbé Pierre, Le logement est une question de santé publique, 21e rapport, 2016.

111 - Baromètre IPSOS/Secours populaire français, publié dans le n°332 du magazine Convergence (sept/oct. 2013).

112 - Bulletin Académie nationale de médecine, 2012, n°7.

113 - LENTILLON Vanessa, « Les stéréotypes sexués relatifs à la pratique des activités physiques et sportives chez les adolescents français et leurs conséquences discriminatoires », Bulletin de psychologie, 1/2009 (Numéro 499), p. 15-28.

114 - CNDS / Direction des sports - Insep – Méos, Enquête pratique physique et sportive 2010.

115 - Ministère de la Ville, de la Jeunesse et des Sports, Les chiffres-clés de la féminisation du sport en France, 2015.

116 - CNDS / Direction des sports - Insep – Méos, Enquête pratique physique et sportive 2010.

Pratique d'une activité sportive selon le diplôme et le sexe, en pourcentage

Diplôme	Déclaration de pratique		Pratique intensive (plus d'une fois par semaine)	
	Femme	Homme	Femme	Homme
Sous le bac	83 %	89 %	40 %	45 %
Bac ou équivalent	91 %	94 %	41 %	50 %
Plus du bac	96 %	95 %	41 %	48 %

Source : CNDS / Direction des sports - Insep – Méos, Enquête pratique physique et sportive 2010

Ce moindre accès aux pratiques sportives des filles et des femmes peut également s'expliquer par un déficit d'offre publique de loisirs sportifs ouverts aux femmes.

Des équipements publics majoritairement destinés à la pratique sportive des hommes

Comme le constatait le Haut Conseil à l'Égalité dans son rapport relatif aux inégalités femmes-hommes dans les quartiers de la politique de la ville et les territoires ruraux fragilisés¹¹⁷, les équipements publics destinés à la pratique sportive non mixte sont majoritairement destinés aux garçons et aux hommes : le géographe Yves RAIBAUD relève que 85 % du budget des équipements programmés dans les zones prioritaires est destiné à des pratiques sportives très majoritairement, voire exclusivement, masculines.¹¹⁸

De même, les équipements sportifs et culturels dédiés aux pratiques libres sont essentiellement utilisés par les garçons et les hommes : skate-park, city-parks, terrains de basket ou de foot. Le type d'activité sportive pratiquée est en effet sexué : en 2010, 0,9 % des femmes de 15 ans et plus, vivant en France, ont pratiqué une fois du football au cours des douze mois précédant l'enquête, alors que ce taux est de 9,4 % pour les hommes. Pour le basketball et le rugby, les taux sont respectivement de 0,9 % et 2,2 %, et 0,2 % et 1,6 %.¹¹⁹ De facto, il existe peu de structures publiques destinées aux sports où les utilisateurs sont majoritairement des femmes.

L'étude réalisée par la sociologue et géographe Edith MARUEJOULS, concernant deux types d'offres de loisirs subventionnées dans les quartiers prioritaires, souligne une rupture d'égalité devant la dépense publique. Le soutien financier (subvention, équipement) des collectivités est plus important pour les clubs proposant des activités non mixtes et dirigées vers les garçons. En effet, la chercheuse montre que « l'offre de loisirs subventionnée s'adresse en moyenne à deux fois plus de garçons que de filles »¹²⁰ et s'interroge :

« Presque toutes les mairies ont un "City Stade" (terrain multisports) ou un skate-park. Les équipements sportifs, en général, profitent deux fois plus aux garçons. Il n'y a par exemple pas un seul espace de danse dans l'espace public. Quid de la question des loisirs des femmes ? »

Ces inégalités dans le financement public des infrastructures sportives ont un impact direct dans l'accès des femmes en situation de précarité puisqu'il existe beaucoup moins de lieux sportifs gratuits ou subventionnés destinés aux sports qu'elles pratiquent. En ce qui concerne les jeunes femmes qui pratiquent le football, le basketball ou le rugby par exemple, sports pour lesquels la pratique libre et gratuite est rendue possible par de nombreux terrains en plein air, celles-ci doivent composer avec une présence très majoritairement masculine sur ces espaces.

117 - HCE, Rapport EGALiTER, « Combattre maintenant les inégalités sexuées, sociales et territoriales dans les quartiers de la politique de la ville et les territoires ruraux fragilisés », 2014.

118 - ARLANDIS Fanny, « la rue, fief des mâles », Le monde culture et idées, 4 octobre 2012.

119 - CNDS, Direction des Sports, INSEP, MEOS, La pratique des activités physiques et sportives en France, juin 2016.

120 - MARUEJOULS Edith, HCE : contribution dans le cadre de l'audition du 11 décembre 2013 : Groupe de Travail EGATER.

b. Impacts indirects de la précarité sur la santé : rapport déprécié à son corps et à l'estime de soi et difficulté à se projeter et à planifier son temps

Le bien-être relégué au second plan

Au quotidien, contraintes de gérer leur survie, et celle de leur entourage, les femmes en situation de précarité peuvent parfois reléguer leur bien-être au second plan, après d'autres préoccupations telles que leurs enfants, leur conjoint.e, les difficultés financières.

Dans une étude sur le renoncement aux soins, pour la DREES, la chercheuse Caroline DESPRES retranscrit des entretiens menés auprès de personnes en situation de précarité dans la métropole lilloise :

« Trouver des solutions pour gérer les multiples problèmes de la vie quotidienne liés à l'absence d'argent envahit le quotidien. En l'absence de réserves financières, il est difficile de planifier les dépenses. Elle n'a pas toujours l'argent disponible pour régler quand les factures tombent ! Il faut trouver alors des solutions, ce qui oblige à déployer un surcroît d'énergie. »¹²¹

Dans une situation de précarité, la santé, ou du moins la prévention des problèmes médicaux, n'apparaît plus comme une priorité et prendre soin de soi passe au second plan. Au facteur temps, vient s'ajouter le rapport que ces femmes entretiennent avec leurs corps et plus globalement la faible importance accordée à leur bien-être : « J'ai pas l'habitude de m'arrêter sur moi en fin de compte. », explique une femme dans une situation de vie précaire.¹²²

Caroline DESPRES, chercheuse à l'IRDES, observe ainsi que « les manières de soigner et de se soigner sont en partie l'héritage d'un milieu social et culturel et tendent à se reproduire ».

Le fait de consulter régulièrement un.e médecin ou d'avoir une démarche de prévention est également lié au fait d'avoir vu ses propres parents le faire ou non même quand, une fois adulte, l'individu connaît plus d'aisance financière, comme le laissent envisager les propos de Claudia, née d'une mère originaire du Nord et d'un père, émigré italien, également rencontrée dans le cadre de cette étude :

« Chez nous, on s'est jamais soigné parce que mon père était artisan. Il fallait payer et on payait pas le médecin. Donc le médecin, c'était vraiment si c'était très grave. Moi j'ai eu toute mon enfance des bronchites asthmatiformes, mon côté... ma faiblesse. Et donc on mettait des cataplasmes de moutarde sur les poumons. J'ai passé mon temps à avoir ça, c'est comme ça que ma mère soignait les bronchites. (...) La caisse, elle remboursait très mal. Si t'étais très très malade, t'étais pris en charge à l'hôpital. Mais pas sur les consultations... »¹²³

Une faible estime d'elles-mêmes : quand la précarité rend les diktats qui pèsent sur les corps des femmes d'autant plus violents

De manière générale, les femmes ont une plus faible estime d'elles-mêmes que les hommes, en partie du fait des nombreux diktats qui pèsent sur leur image et sur leur corps. Ces injonctions sont véhiculées par les médias, le cinéma et la publicité où l'hypersexualisation du corps des femmes reste prégnante et façonne un « corps idéal » impossible à atteindre.

82 % des femmes estiment que la publicité donne une image qui donne des complexes aux femmes¹²⁴. Cette faible estime d'elles-mêmes se traduit notamment par une quête de la minceur : les jeunes femmes représentent 90 % des personnes touchées par les troubles du comportement alimentaire¹²⁵, 70 % des femmes aimeraient peser moins (52 % des hommes) et 86 % des femmes ont déjà suivi au moins un régime (13 % des hommes)¹²⁶.

121 - DESPRES Caroline, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques DREES, Le renoncement aux soins pour raisons financières, Analyse socio-anthropologique, n° 119 – mars 2012, p.124.

122 - DESPRES Caroline, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques DREES, Le renoncement aux soins pour raisons financières, Analyse socio-anthropologique, n° 119 – mars 2012, p.124.

123 - DESPRES Caroline, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques DREES, Le renoncement aux soins pour raisons financières, Analyse socio-anthropologique, n° 119 – mars 2012, p.126.

124 - CSA Research, « Perceptions de l'égalité entre les femmes et les hommes en France », 2016.

125 - Ministère des affaires sociales et de la santé, « Femmes & Santé », feuille de route 2016 .

126 - Inserm, Inra, Cnam, Enquête Nutrinet Santé, 2012.

Le Centre d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles (CIDFF) du Bas-Rhin

a mis en place un atelier de conseil en image « bien-être », associé à des conseils pour l'entretien d'embauche tandis que l'association Activ'Action, qui organise des ateliers ludiques pour aider les individus à trouver un emploi, travaille avec les femmes en situation de précarité sur l'estime et la confiance en elles-mêmes en parallèle de l'accompagnement dans la recherche d'emploi.

Ce « mal-être » plus courant chez les femmes peut être renforcé par le manque de valorisation sociale auquel sont confrontées les femmes en situation de précarité et par la charge mentale liée à leur instabilité économique. L'accès moindre aux pratiques sportives peut renforcer ce sentiment et avoir pour conséquence une baisse de l'estime de soi.

Les jeunes femmes rencontrées dans le cadre du dispositif « Jeunes et femmes : des outils pour construire sa vie », mis en place en Essonne, cumulent mal-être et exclusion sociale. Ce programme prend la forme d'un parcours de citoyenneté de 3 semaines, auquel un groupe de jeunes femmes adhère grâce à un contrat d'engagement mutuel. Différents ateliers sont mis en place : santé, théâtre-forum, prévention des violences sexistes, ateliers sur la gestion du stress et la relaxation, etc.

Au début du parcours, l'ensemble des stagiaires présentent une faible estime d'elles-mêmes. Leur histoire personnelle témoigne souvent de l'impact des violences de genre subies dans le passé et d'une difficulté à s'estimer et à croire en soi.¹²⁷ Âgées de 18 à 25 ans, ces jeunes femmes se désintéressent de leur santé et de leur apparence et mobilisent peu les ressources existantes (professionnel.le.s médicaux.ales, travailleurs sociaux, services publics d'aide à la parentalité, etc).

Les violences sexuelles ou conjugales, dont beaucoup d'entre elles ont été victimes, ont des conséquences sur le rapport qu'elles entretiennent avec leur corps. Parfois les rapports sexuels contraints ont brouillé leurs limites corporelles. Bien que victimes, elles se sentent coupables suite à l'agression sexuelle, du fait de la pression sociale imprégnée de la « culture du violeur »¹²⁸ qui leur laisse souvent entendre qu'elles auraient dû savoir éviter une telle situation.

Cette expérimentation a permis des résultats positifs et le dispositif a été généralisé sur l'ensemble des 10 missions locales que compte le département de l'Essonne. Au-delà d'un très bon taux de retour en emploi ou en formation (49 % sont en emploi ou formation ; 79 % entreprennent des démarches actives vers l'emploi). Le travail sur le corps et la sexualité permet aux stagiaires de se réapproprier leur corps. Lors du stage organisé par la mission locale de Grigny, la moitié des jeunes femmes ont pris rendez-vous avec le centre de planification suite aux ateliers santé.

L'une des stagiaires résume son expérience :

« C'est une belle idée de réunir des jeunes filles — avant je croyais que tout le monde faisait quelque chose ou des études, sauf moi — je me sens moins seule aujourd'hui et ça me donne de la force. »¹²⁹

Le programme « Jeunes & Femmes » permet de mettre en contact des femmes qui se sentent totalement isolées.

Le 5^{ème} Plan de mobilisation et de lutte contre toutes les violences faites aux femmes¹³⁰ encourage et valorise ce type d'initiatives qui met en lien les acteur.rice.s de l'insertion sociale et professionnelle et les missions locales pour répondre aux problématiques spécifiques rencontrées par les jeunes femmes victimes de violences pour accéder aux formations et à l'emploi.

127 - Dispositif départemental des missions locales de l'Essonne, Bilan juin 2015-avril 2016.

128 - HCE, Avis pour une juste condamnation sociétale et judiciaire du viol et autres agressions sexuelles, octobre 2016.

129 - Dispositif départemental des missions locales de l'Essonne, Bilan juin 2015-avril 2016.

130 - 5^{ème} Plan de mobilisation et de lutte contre toutes les violences faites aux femmes (2017-2019).

Cette approche globale de publics en difficulté montre l'intérêt de mettre en place des groupes de parole ou d'accompagnement qui soient non mixtes. L'Association Communautaire Santé Bien-Etre (ACSBE) gère un centre de santé communautaire, « la Place Santé » à Saint-Denis depuis 2008. Afin d'améliorer la santé des habitantes du quartier du Franc-Moisin, les professionnel.le.s ont mis en place des ateliers de prévention et de promotion de la santé, en particulier destinés aux femmes en situation de précarité qui y résident :

- ▶ Les ateliers « bien-être ensemble » : des moments de convivialité partagés par les femmes du quartier permettent un temps d'échange avec un intervenant.e extérieur.e sur une thématique de santé ;
- ▶ Les ateliers « un temps pour soi » doivent garantir aux femmes un moment de bien-être et de relaxation afin de s'extraire momentanément de leurs contraintes familiales.

Dans le même objectif, la Case Santé à Toulouse organise des temps conviviaux en non mixité tous les samedis matins : la « cantine des femmes ». Ces moments « à part » permettent aux femmes de se retrouver entre elles et d'aborder les problématiques qui leur tiennent à cœur.

Recommandation n°5 : Financer la mise en place, dans les lieux de soins, de temps d'échanges entre les patientes pour partir des besoins identifiés par les femmes elles-mêmes et proposer ainsi une offre de soins adaptée.

Recommandation n°6 : Soutenir les associations de promotion des droits des femmes qui mettent en place une approche en santé (nutrition, risques tabagiques, accès à la contraception, accès aux droits en santé...), notamment par le financement de permanences sur place, délocalisées ou mobiles, de professionnel.le.s du champ social et médical.

3. La précarité rend les femmes plus vulnérables face aux violences de genre et entrave l'accès à un accompagnement adéquat

« Violences faites aux femmes », « violences de genre »

Le Haut Conseil à l'Égalité utilise indifféremment dans ce rapport les termes de « violences faites aux femmes » et de « violences de genre ».

La Convention pour l'Élimination de toutes formes de Discrimination à l'Égard des Femmes (CEDEF) définit les violences faites spécifiquement aux femmes, comme « *tout acte de violence fondé sur l'appartenance au sexe féminin, causant ou susceptible de causer aux femmes des préjudices ou des souffrances physiques ou psychologiques et comprenant la menace de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou la vie privée* ».

La terminologie « violences de genre » met en lumière l'aspect systémique de telles violences commises à l'encontre des femmes, faites aux femmes parce qu'elles sont des femmes.

a. Les violences faites aux femmes ont un fort impact sur leur santé

Les violences sexistes et sexuelles se retrouvent dans toutes les catégories sociales, tous les territoires et toutes les cultures.

Il est aujourd'hui attesté que les différentes manifestations de violences faites aux femmes ont une incidence majeure sur la santé des femmes, quelle que soit leur origine sociale, du fait des blessures provoquées ou des affections chroniques qu'elles peuvent engendrer.

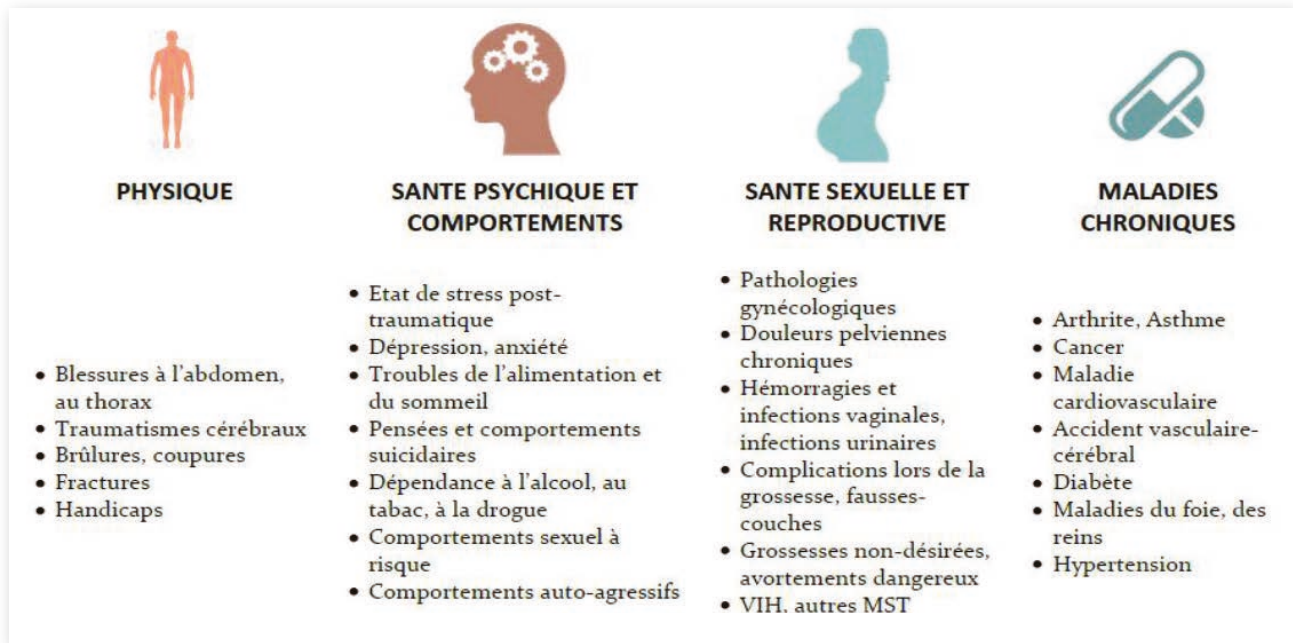
Les coups reçus, l'état de tension, de peur et d'angoisse dans lequel elles sont maintenues par l'agresseur, ont de graves conséquences et sont à l'origine de troubles très variés.¹³¹

Selon l'enquête ENVEFF (2000), 16 % des femmes victimes de violences qualifient leur état de santé de « moyen » et 4 % de « médiocre ».

131 - HENRION R., *Les femmes victimes de violences conjugales : le rôle des professionnels de santé*, 2001.

Qui plus est, les violences physiques ne sont jamais isolées. Elles sont accompagnées d'injures, de menaces et précèdent le plus souvent des violences sexuelles. Elles peuvent occasionner des blessures physiques, impactent la santé psychique et sexuelle des femmes victimes et aggraver des pathologies chroniques (affections pulmonaires et cardiaques, troubles métaboliques).

Conséquences des violences sur la santé et le comportement des victimes



Source : OMS, 2014

L'impact psychiatrique est le plus massif, occasionnant des troubles du sommeil, de l'alimentation, des difficultés de concentration et des troubles émotionnels (dépression, anxiété, panique, sentiment de culpabilité ou d'humiliation...). L'image dépréciée que les victimes ont d'elles-mêmes et de leur corps peut également entraîner des troubles gynécologiques (infections à répétition) et des troubles de la sexualité.

L'association Une Femme, Un Toit (FIT), membre du HCE, gère le CHRS « Les UniversElles » qui accueille les jeunes femmes victimes de violences. Le FIT a développé un accompagnement important en matière d'accès aux soins et constate que :

- ▶ 79 % des jeunes femmes accueillies confient rencontrer des troubles du sommeil ;
- ▶ 78 % des jeunes femmes accueillies déclarent rencontrer des difficultés psychologiques ;
- ▶ 33 % des jeunes femmes accueillies ont recours à des produits psychoactifs.

L'association propose à ces jeunes femmes un accompagnement spécifique pour recouvrer leurs droits en matière de sécurité sociale, puis les orienter vers des partenaires, comme le service Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) des hôpitaux de Paris ou le planning familial¹³².

132 - FIT, Bilan d'activité 2015, CHRS « Les UniversElles ».

Les cas de violences sexuelles, en particulier dans l'enfance, peuvent également provoquer un état de **stress post-traumatique** : **80 % de troubles de stress post-traumatiques ont été recensés en cas de viol**¹³³. Suite au viol, les victimes développent ainsi une mémoire traumatique qui leur fait revivre sans fin les violences, occasionnant un stress extrême.

Pour dépasser le stress post-traumatique et se reconstruire suite à des violences dans ou en dehors du couple, les femmes victimes doivent pouvoir avoir recours à l'accompagnement psychologique ou psychiatrique nécessaire.

C'est pourquoi, dans son *Avis pour une juste condamnation sociétale et judiciaire du viol et autres agressions sexuelles*, publié en octobre 2016, le Haut Conseil à l'Égalité recommande d'étendre aux femmes majeures la prise en charge à 100 % des soins dispensés par des psychologues et psychiatres formé.e.s et spécialisé.e.s aux conséquences psycho-traumatiques des violences de genre.

Recommandation n°7 : Prendre en charge à 100 % par l'État les soins dispensés aux victimes, y compris majeures, de violences de genre, incluant les soins dispensés par des psychologues, des médecins et des psychiatres formé.e.s et spécialisé.e.s sur les conséquences psycho-traumatiques des violences.

b. La précarité expose à des violences spécifiques

« On peut entrer en précarité parce qu'on est victimes de violences (dans le couple par exemple), et dans le même temps, la précarité peut être un facteur de risque exposant à des violences car les femmes sont d'autant plus vulnérables face à des prédateurs de toutes sortes (marchands de sommeil, proxénètes, passeurs...) »

Ernestine RONAI,
Responsable de l'Observatoire départemental de Seine-Saint-Denis
des violences envers les femmes

La prostitution face au manque de ressources financières

Les femmes en situation de précarité sont davantage exposées au système prostitutionnel, qu'elles aient conscience qu'il s'agisse de prostitution ou non : une étude menée en 2013 par le Conseil départemental de l'Essonne établit la relation entre précarité et échanges d'actes sexuels contre un bien, un service ou un logement. 10,6 % des étudiant.e.s interrogé.e.s déclarent avoir déjà eu recours à la prostitution ou envisagé de le faire. Parmi elles.eux, 91 % rencontrent des difficultés financières et envisagent l'échange d'actes sexuels comme un moyen d'obtenir un bien, un service ou un logement. Mais seul.e.s 52,2 % d'entre eux.elles ont conscience qu'il s'agit de prostitution.

L'association « FIT, une femme un toit » gère un centre d'hébergement à Paris, destiné aux jeunes femmes victimes de tous types de violences. En 2016, sur 108 résidentes, 24 % des jeunes hébergées ont confié qu'elles avaient eu recours à la prostitution de survie contre un hébergement tant la rue leur faisait peur. Notons que parmi ces jeunes, 98 % avaient été victimes de violences sexuelles et que 100 % étaient en situation d'errance due aux violences qu'elles avaient subies dans la famille.

Ces 3 témoignages relatent les parcours de jeunes femmes hébergées par le FIT :

« Sonia est placée en foyer depuis ses 8 ans. Quand elle a 19 ans son contrat jeune majeure est stoppé car elle a loupé son CAP. Elle se retrouve à la rue sans même un baluchon. Elle se tient debout devant un abri bus. Elle laisse passer plusieurs bus. Un vieil homme, sans doute 70 ans l'accoste. Elle lui raconte sa situation. Il lui propose de l'héberger. Il possède un pavillon. Sur le chemin il lui explique qu'elle aura sa chambre, qu'elle sera nourrie, vêtue, soignée si besoin mais que pour tout ça il faudra qu'elle soit régulièrement "gentille" avec lui. Une fois arrivée, elle

133 - Association Mémoire traumatique et victimologie, *Impact des violences sexuelles de l'enfance à l'âge adulte*, mars 2015.

rencontre deux autres jeunes femmes dans la même situation que la sienne. À la nuit tombée, l'homme la rejoint dans son lit. Il en sera ainsi tous les jours jusqu'à ce qu'il lui explique qu'elle doit participer aux frais. Pour cela, il va lui amener des amis avec lesquels elle devra être "très gentille". Plusieurs hommes viennent chaque jour. Quand ils ont été plus violents que les autres le vieil homme lui offre des cadeaux. Les rapports ne sont jamais protégés. À la suite d'un épisode d'une extrême violence avec un homme, elle s'enfuit et débarque au FIT. Elle est couverte de bleus, parvient à peine à marcher. À chaque entretien d'admission nous questionnons les jeunes sur les violences. Au moment de la question sur la prostitution elle répond "non" Malgré le travail conduit ensuite avec elle, elle ne la nommera jamais et préférera employer toujours "saloperies". »

« Fanny a 20 ans. Elle a été mise à la porte par ses parents car elle refuse d'être mariée à son cousin. Elle se retrouve à la rue. Elle se réfugie dans des fast food. Elle y rencontre un homme d'une trentaine d'années qui lui fait raconter son histoire et lui propose de l'héberger. Rapidement il commence à l'embrasser. Elle refuse. Il pose alors ses conditions "pour rester ici tu devras dire oui". Terrorisée d'être à la rue, de ne pas "pouvoir se laver" elle accepte. Elle refusera systématiquement de parler de prostitution en arguant qu'il "fallait bien lui donner quelque chose en retour". »

« Justine a quitté le domicile familial à 16 ans avec son compagnon pour fuir le harcèlement sexuel de son frère. Le couple est dans un squat, puis chez un ami qui leur sous loue son appartement. Le compagnon de Justine veut qu'elle se prostitue pour payer le loyer. À force de coups et de menaces de la quitter elle accepte. Avec l'argent gagné il paye l'appartement et conserve le reste. Elle n'admettra jamais qu'elle s'était prostituée mais admettra qu'elle était contrainte à ces relations sexuelles pour garder son compagnon en payant le loyer. »

Les femmes en situation de précarité peuvent également être la cible de marchands de sommeil (qui louent un bien immobilier souvent vétuste à un maximum de locataires qui ne peuvent accéder au marché immobilier légal), parfois en échange d'actes sexuels pour le propriétaire/gérant ou pour des clients.

La Mission locale des Ulis (91) accueille des jeunes femmes de 16 à 25 ans, en situation de décrochage scolaire et/ou sans emploi, dans le cadre du programme « Jeunes et Femmes ». Le cadre de confiance et de non-jugement établi entre les stagiaires et les intervenant.e.s permettent à ces jeunes femmes de se confier pour travailler sur elles-mêmes. Le constat de la prévalence des violences de genre est alarmant, avec notamment 9 % de jeunes femmes qui ont été en situation de prostitution¹³⁴. Certaines échangent un acte sexuel contre un hébergement ou sont encouragées à la prostitution par un gérant d'hôtel d'urgence, contre des cadeaux (vêtements, chaussures, accessoires...) ou une promesse de protection (notamment dans les quartiers) ; d'autres subissent la pression de la famille restée au pays d'origine pour l'envoi de somme d'argent régulière. Certaines évoquent la situation d'irrégularité administrative qui les empêche d'avoir des aides financières et d'accéder à l'emploi. L'isolement est un facteur aggravant : ces jeunes femmes sont souvent seules, ne font confiance à personne et se font souvent happer par les réseaux. Par ailleurs, certaines victimes de violences conjugales, notamment victimes de violences physiques et sexuelles quotidiennes, se retrouvent contraintes à la prostitution par leur conjoint. Dévalorisées, insultées et méprisées, elles sont sous une forte emprise de leur agresseur.

Toutes ont été confrontées à un passé de violences autres (intrafamiliales, conjugales et/ou sexuelles), ont très peu de lien social et manquent de confiance en elles.

134 - Contribution de Sonia LEBREUILLY et Alexandra VIDAL, Mission locale des Ulis, mai 2017.

La violence et le sexisme au travail

Les femmes en situation de précarité sont davantage vulnérables face aux violences sur leur lieu de travail. Si les hommes y sont victimes d'agressions physiques, notamment de la part de collègues, les femmes sont plus souvent confrontées à du harcèlement moral et/ou sexuel de la part de leur hiérarchie ou de menaces et intimidations de la part de la clientèle ou des tiers.¹³⁵

Le sexisme ordinaire se définit comme l'ensemble des attitudes, propos et comportements fondés sur des stéréotypes de sexe, et qui, bien qu'anodins en apparence, ont pour objet ou pour effet, de façon consciente ou inconsciente, de délégitimer et d'inférioriser les femmes, de façon insidieuse voire bienveillante. Il se manifeste au quotidien, par exemple, à travers des blagues et commentaires sexistes, des stéréotypes négatifs, des marques d'irrespect, des pratiques d'exclusion.¹³⁶

D'après l'enquête sur « les relations de travail entre les femmes et les hommes au sein de la population non-cadres » réalisée par le Conseil Supérieur à l'Égalité Professionnelle (CSEP) en 2016, **74 % des femmes non-cadres estiment que les femmes sont régulièrement confrontées à des attitudes ou des décisions sexistes**. 51 % d'entre elles déclarent avoir rencontré un frein professionnel en raison de leur sexe (pas augmentées, primées, promues, désignées pour une tâche valorisante, embauchées ou formées).

Une étude réalisée par l'IFOP en janvier 2014 pour le compte du Défenseur des droits¹³⁷ montre que le harcèlement sexuel au travail n'est pas un phénomène marginal et touche 20 % des femmes actives, soit 1 femme sur 5, au cours de leur vie professionnelle. Le harcèlement touche les femmes dans la même proportion dans le secteur public (19 % des femmes interrogées) que dans le privé (21 %). Dans trois cas de harcèlement sur dix (30 %), les femmes actives victimes déclarent qu'elles se trouvaient dans une situation d'emploi précaire et 22 % dans une situation financière difficile. D'ailleurs, le fait d'avoir un contrat de travail précaire est cité par plus d'un tiers des Français.e.s (36 %) comme facteur exposant le plus une femme au harcèlement sexuel, derrière le fait de travailler dans un univers à dominante masculine (53 %) et d'être jeune (46 %).

Cette surexposition peut notamment s'expliquer par le caractère précaire de leur situation professionnelle et le lien de subordination et de hiérarchie d'autant plus fort que peuvent exercer leurs supérieurs hiérarchiques, avec un certain sentiment d'impunité. Lorsqu'elles occupent un emploi à durée déterminée, intérimaire ou non déclaré, ces femmes ne se sentent pas en situation de pouvoir dénoncer les violences.

D'autre part, ces femmes sont dans un cercle vicieux : l'emploi précaire qu'elles occupent est bien souvent à l'origine de leur isolement social. La multiplication des temps partiels, les horaires hachés, les empêchent de nouer des liens solides dans leur univers professionnel, mais également personnel.

Les relations en face-à-face avec l'employeur vulnérabilisent également les femmes face au sexisme et aux violences sexuelles : c'est le cas des aides à domicile, des employées de ménage ou des assistantes maternelles au domicile des parents qui ont peu de recours pour dénoncer leur employeur en cas de violences.

Par ailleurs, certains postes occupés quasi exclusivement par des femmes, comme ceux d'hôtesse d'accueil, les exposent particulièrement au sexisme de la part de leurs employeurs ou des clients auxquels elles sont confrontées. En 2016, un rapport d'information de la délégation aux droits des femmes du Sénat¹³⁸, évoque par exemple le sexisme auquel sont exposées les hôtesses des salons de l'automobile, recrutées sur des critères d'âge et de physique, pour remplir, trop souvent un rôle passif de « femme-objet », « faire-valoir de l'automobile ».

Ces situations de sexisme peuvent donner lieu à des violences sexistes et sexuelles, problématiques encore trop peu prises en charge par les employeurs publics et privés.

135 - HENON Dominique, *La santé des femmes en France*, CESE, 2010.

136 - Rapport du Conseil supérieur de l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes, « Le sexisme dans le monde du travail. Entre déni et réalité », mars 2015.

137 - Enquête IFOP pour le Défenseur des droits, *Enquête sur le harcèlement sexuel au travail*, janvier 2014.

138 - Délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes du Sénat, *Rapport d'information sur les femmes et l'automobile : un enjeu de lutte contre la précarité, d'orientation professionnelle et de déconstruction des stéréotypes*, septembre 2016.

Le 5^{ème} plan interministériel de mobilisation et de lutte contre les violences (2017-2019) , ainsi que le premier plan interministériel en faveur de l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes¹³⁹, chargent le ministère du travail et de la fonction publique de former les employeurs et les membres des Comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) au repérage et à la lutte contre les violences et le harcèlement, y compris lorsqu'ils sont subis en dehors du travail¹⁴⁰, notamment via :

- ▀ la sensibilisation et la formation des membres du CHSCT, (dont les partenaires sociaux, les DIRECCTE/ l'inspection du travail, les caisses régionales d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT), les services de santé au travail) aux questions d'agissements sexistes, de harcèlement sexuel et de violences faites aux femmes au travail ;
- ▀ la formation des inspecteurs et inspectrices du travail, des services de police, des avocat.e.s, des magistrat.e.s et des organisations syndicales sur la question des agissements sexistes et du harcèlement sexuel au travail ;
- ▀ la mise en place d'actions de sensibilisation, sous l'impulsion du CHSCT, pour lutter contre le harcèlement auprès des dirigeant.e.s, des responsables des ressources humaines, des managers, des partenaires sociaux et des salarié.e.s et agent.e.s ;
- ▀ l'élaboration de fiches réflexes pour le traitement des situations d'agissements sexistes et de harcèlement sexuel à destination des employeur.se.s, publics et privés, de la salariée ou l'agente victime, du.de la manager lorsque son agente/salariée est victime, de tout.e collègue de l'agent.e/salarié.e victime témoin de la situation de harcèlement, du DRH / responsable des ressources humaines et du CHSCT.

Depuis la loi du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels, les dispositions relatives aux harcèlements moral et sexuel, et aux agissements sexistes doivent également être intégrées au règlement intérieur des entreprises,



« Kit pour agir contre le Sexisme » - Conseil Supérieur de l'Égalité Professionnelle (CSEP)

Publié en novembre 2016 par le Conseil supérieur de l'égalité professionnelle, le « kit pour agir contre le sexisme » s'adresse aux employeur.euse.s, aux responsables des ressources humaines, aux représentant.e.s syndicaux.ales et aux salarié.e.s.

Il compile des fiches juridiques, des fiches repères et propose 10 leviers d'actions en entreprises. Disponible à l'adresse suivante : <http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/kit-sexisme.pdf>

Les violences au sein du couple

La sortie des violences est un parcours de combattante pour toutes les femmes. Elle l'est d'autant plus si la relation d'emprise instaurée par le conjoint violent s'appuie sur l'isolement de la victime et sa dépendance financière.

Selon une étude de l'Observatoire National de la Délinquance et des Réponses Pénales (ONDRP) menée en 2012, la part des femmes déclarant être victimes de violences conjugales s'élève à 36 % pour celles appartenant aux 10 % de ménages ayant les revenus les plus faibles tandis qu'elles ne sont que 8,3 % pour celles appartenant aux 10 % de foyers ayant les revenus les plus élevés. Les femmes les plus pauvres se déclarent ainsi quatre fois plus souvent victimes que les plus aisées.

139 - <http://www.familles-enfance-droitsdesfemmes.gouv.fr/dossiers/egalite-professionnelle/le-1er-plan-interministeriel-en-faveur-de-legalite-professionnelle>

140 - 5^{ème} plan interministériel de mobilisation et de lutte contre les violences faites aux femmes 2017-2019, novembre 2016, p.70.

Il faut bien sûr se garder de toute interprétation univoque car la pauvreté peut à la fois être à l'origine des violences au sein du couple, mais elle peut aussi être une conséquence de ces violences. En effet, de nombreuses femmes entrent en précarité à la suite des violences infligées, qu'elles aient perdu leur emploi à la suite d'une dépression causée par ces violences ou se soient retrouvées sans logement après avoir quitté le domicile conjugal, par exemple.

Les contraintes financières les pénalisent dans le départ du domicile : que ce soit pour louer un appartement ou pour assumer seules le coût de l'éducation des enfants. Quitter le conjoint violent paraît d'autant plus inimaginable lorsque les femmes sont en situation de grande précarité, comme l'explique Thierry BENOIT, fondateur de l'association La Boucle¹⁴¹ :

« Dans l'espace privé, les violences conjugales s'inscrivent bien souvent dans une spirale de précarité : précarité physique, mentale, sociale et économique. Et, si la violence conjugale s'exerce dans toutes les classes sociales, une femme en situation d'insécurité sociale se retrouve enfermée dans un cadre où il est difficile de sortir car elle n'a ni les moyens économiques ni les ressorts psychologiques pour quitter le domicile. »¹⁴²

c. L'éloignement du système de soins entrave la sortie des violences

Les femmes en situation de précarité sont plus nombreuses à renoncer aux soins et sont donc plus éloignées du système de santé, du fait de leur insécurité sociale et économique.

Pourtant, comme le montre l'enquête cadre de vie et sécurité INSEE/ONDRP¹⁴³, les professionnel.le.s de santé constituent le.la premier.e professionnel.le vers lequel se tournent les femmes victimes de violences, devant les forces de sécurité et les travailleur.euse.s sociaux.ales : 24 % des femmes victimes de violences physiques et/ou sexuelles au sein du couple ont été vues par un médecin à la suite des violences.

Démarches entreprises par les femmes âgées de 18 à 75 ans victimes de violences physiques et/ou sexuelles de la part de leur conjoint cohabitant au moment de l'enquête¹⁴⁴

Parmi les 149 000 femmes victimes vivant avec l'auteur des faits au moment de l'enquête	%
A été vue par un médecin à la suite de cet incident	24
A consulté un psychiatre, un psychologue	19
A parlé de sa situation aux services sociaux	19
S'est rendue au commissariat ou à la gendarmerie	18
A appelé un numéro vert, un service téléphonique d'aide aux victimes	10
A rencontré des membres d'une association d'aide aux victimes	10
N'a fait aucune des démarches citées ci-dessus	52

Champ : Femmes âgées de 18 à 75 ans, vivant en ménage ordinaire en métropole. Source : CVS 2010-2013- INSEE-ONDRP

Lorsque la victime a connu plusieurs faits de violence durant l'année précédant l'enquête, les résultats concernant les démarches entreprises portent sur la description d'un seul de ces événements.

141 - Réseau de soutien pour les chômeur.euse.s de très longue durée.

142 - BENOIT Thierry, Vies de femmes, vies précaires.

143 - INSEE/ONDRP, Enquête CVS, 2010-2013.

144 - Observatoire national des violences faites aux femmes, lettre n°4, novembre 2014, p.4.

Si les femmes ne consultent pas de médecin, elles seront plus difficilement orientées vers les structures de prise en charge spécialisées et leur parcours de sortie sera nécessairement retardé.

Recommandation n°7 : Prendre en charge à 100 % par l'État les soins dispensés aux victimes majeures de violences de genre, incluant les soins dispensés par des psychologues et des psychiatres formé.e.s et spécialisé.e.s sur les conséquences psycho-traumatiques des violences.

SECTION 3 :
**Améliorer le système
de soins pour
améliorer la santé
des femmes en
situation de précarité**

Cet écart majeur dans l'accès aux soins entre les personnes en situation de précarité et la population globale peut s'expliquer à la fois par un non-recours (qui peut être inscrit dans l'héritage social et culturel des individus issus d'un milieu où les consultations chez la.le médecin sont réservées aux situations très graves) ou un recours différé en raison de difficultés prioritaires à gérer, et par un renoncement aux soins.

Le renoncement aux soins peut être défini comme « l'abandon de la poursuite d'un objectif visant à se soigner et recouvrer sa santé ». On dit d'une personne qu'elle renonce à un soin spécifique si elle abandonne la démarche d'obtention ou la mise en œuvre de ce soin (bien ou service/curatif ou préventif) quelles qu'en soient les raisons¹⁴⁵.

Les situations de précarité constituent donc un frein pour l'accès aux soins et on observe que ce frein est renforcé pour les femmes :

- le renoncement aux soins est plus fort chez les femmes : 16,5 % des femmes déclarent avoir renoncé à un soin l'année précédente alors qu'elles en avaient besoin, alors que c'est le cas pour 11,7 % des hommes¹⁴⁶ ;
- Selon une étude publiée en juin 2016 par l'Observatoire des non-recours aux droits et aux services (Odenore)¹⁴⁷ : les femmes représentent 64 % des personnes ayant reporté ou renoncé à des soins au cours des douze derniers mois, les hommes 36 %.

1. Lever les freins financiers et améliorer le recours aux droits

Depuis le 1^{er} janvier 2016, la **protection universelle maladie** (PUMA) remplace la couverture maladie universelle de base (CMU). Elle assure aux personnes qui exercent une activité professionnelle ou qui résident en France de façon stable et régulière (titulaire d'un titre de séjour ou ayant entamé des démarches pour obtenir un titre de séjour), la prise en charge des frais de santé en cas de maladie ou de maternité, à titre personnel et de manière continue tout au long de la vie.

Le statut d'ayant-droit est ainsi supprimé, y compris pour toutes les personnes majeures sans activité professionnelle. Les femmes dont la sécurité sociale dépendait de leur conjoint assuré disposent désormais d'un droit à la prise en charge de leurs frais de santé à titre personnel.

145 - DESPRES Caroline, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques DREES, *Le renoncement aux soins pour raisons financières, Analyse socio-anthropologique*, n° 119 – mars 2012, p.60.

146 - CESE, *La santé des femmes en France*, 2010, p.18.

147 - ONENORE/PACTE/CNRS, *Diagnostic quantitatif du renoncement aux soins des assurés de 18 Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM)*, 2016, p.11.

Par exemple, pour une consultation chez un.e médecin généraliste, la « PUMA » correspond à la prise en charge de la « part obligatoire » :



À noter que le tarif de la consultation de médecine générale a augmenté de 23 à 25 euros depuis le 1^{er} mai, ce qui peut constituer un frein financier supplémentaire pour les personnes en difficulté économique qui ne disposent pas d'une mutuelle.

En cas de difficultés financières, deux autres dispositifs d'aide permettent une prise en charge de la « part complémentaire » :

- ▀ la **couverture maladie universelle complémentaire** (CMU-C) permet la prise en charge, pour les personnes ayant de faibles ressources¹⁴⁸, de la part complémentaire des dépenses de santé (y compris à l'hôpital) et inclut des forfaits de prise en charge des soins dentaires, lunettes, prothèses auditives. Les patient.e.s bénéficiaires de la CMU-C doivent être dispensé.e.s de l'avance des frais. Les femmes représentent 55 % des bénéficiaires, les hommes 45 %¹⁴⁹.
- ▀ l'**aide au paiement d'une complémentaire santé** (ACS) est destinée aux personnes dont les ressources sont légèrement supérieures au plafond d'attribution de la CMU-C et donne droit, durant un an, à une aide financière pour payer tout ou une partie du montant d'un contrat de complémentaire santé ; les patient.e.s n'ont pas à avancer les frais lors de consultations médicales. Les femmes représentent 57 % des bénéficiaires¹⁵⁰.

Par ailleurs, l'**aide médicale d'État** (AME) s'adresse aux ressortissant.e.s étranger.e.s en situation irrégulière et précaire¹⁵¹. Au niveau national, les bénéficiaires de l'AME de droit commun sont à 57 % des hommes. Une tendance qui ne se confirme pas en région parisienne, où la majorité des bénéficiaires sont des femmes enceintes, selon la loi de finances 2016.

148 - Le plafond maximum de ressources augmente en fonction du nombre de personnes composant le foyer. En France métropolitaine au 1^{er} avril 2017 : le plafond pour pouvoir bénéficier de la CMU-C est de 8 723 € annuels pour une personne vivant seule, de 18 318 € pour un foyer composé de 4 personnes.

149 - CNAM, Reste à charge des personnes bénéficiant de la CMU-C en 2010, septembre 2011.

150 - Étude d'impact du projet de loi de financement de la sécurité sociale 2015.

151 - À noter que le droit de timbre de 30 € a été supprimé depuis le 4 juillet 2012.

a. Lever les derniers freins financiers

L'incertitude de l'avenir et les faibles ressources qui marquent le quotidien des femmes en situation de précarité ont un impact sur leur santé mais aussi sur leur accès aux soins : les freins financiers constituent la principale entrave au recours aux soins.

Selon l'étude publiée en juin 2016 par l'Observatoire des non-recours aux droits et aux services (Odenore), 1 assuré.e sur 4 a renoncé ou reporté un soin au cours des 12 derniers mois précédant l'enquête¹⁵².

Ce renoncement aux soins s'explique en premier lieu par les restes à charge financiers et les avances de frais :

- ▶ 59 % des personnes — parmi lesquelles 64 % de femmes — ayant reporté ou renoncé à des soins au cours des douze derniers mois déclarent que les restes à charges financiers sont l'une des raisons de leurs renoncements ;
- ▶ 32,7 % déclarent que l'avance de frais est l'une des causes ;
- ▶ 10,5 % des personnes ayant renoncé à un/des soin(s) estiment que le fait de ne pas savoir combien ils.elles vont devoir payer pour leurs soins peut les amener à y renoncer.

Les femmes renoncent par ailleurs plus fréquemment que les hommes à des soins de spécialistes essentiellement pour l'ophtalmologie, la gynécologie et la dermatologie.¹⁵³

Pour pallier l'obstacle que constituent les avances de frais et les restes à charge plusieurs mesures ont été prises pour une meilleure prise en charge des frais médicaux :

Prendre en charge à 100 % des soins supplémentaires :

- ▶ La loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 prévoit la prise en charge à 100 % par l'Assurance maladie de l'ensemble des actes liés à la contraception des mineures, au-delà des contraceptifs proprement dits. La prescription peut également être anonymisée pour qu'elle n'apparaisse pas dans le relevé de remboursements des parents de la mineure ;
- ▶ Depuis le 1^{er} avril 2016, l'ensemble des frais liés aux actes de biologie et d'échographie pré et post IVG sont désormais pris en charge à 100 %, sauf en cas de dépassements d'honoraires ;
- ▶ Le plan cancer (2014-2019) prévoit la prise en charge à 100 %, depuis 2016, des examens de dépistage du cancer du sein et instaure, à partir de 2017, un nouveau programme national de dépistage pour le cancer du col de l'utérus, gratuit lui aussi ;
- ▶ Le nouveau plan d'action pour la rénovation du dépistage organisé du cancer du sein (INCA) précise des perspectives à l'horizon 2018 pour lever les freins financiers dans l'accès au dépistage : « si elle s'avère nécessaire en complément de la mammographie, l'échographie sera désormais réalisée, dans le cadre du dépistage organisé, avec un tarif opposable supprimant la possibilité de dépassements d'honoraires, par avenant conventionnel. Le ticket modérateur sera pris en charge par les assurances complémentaires santé, sachant que près de 96 % des personnes sont couvertes par une mutuelle ».

Élargir l'accès aux dispositifs d'aide financière :

- ▶ les revenus maximum ouvrant droit à la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et à l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) ont été revalorisés. Le ministère de la Santé estime qu'entre 2013 et 2017, ce sont 750 000 personnes supplémentaires qui sont entrées dans ce dispositif de couverture santé solidaire ;

152 - ONENORE/PACTE/CNRS, Diagnostic quantitatif du renoncement aux soins des assurés de 18 Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM), 2016, p.8

153 - HENON Dominique, La santé des femmes en France, 2010.

- les tarifs pratiqués sur les prothèses dentaires pour les 5,52 millions de patient.e.s bénéficiaires de la CMU-C étaient déjà plafonnés, pris en charge intégralement et ne pouvaient faire l'objet d'un dépassement. Ces plafonds ont été étendus aux 1,12 million de Français.e.s couvert.e.s au titre de l'ACS ;
- Par ailleurs, le plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale (2013-2017) facilite l'accès à la CMU-C des jeunes en rupture avec leur famille : une attestation sur l'honneur du.de la jeune est désormais suffisante, dans l'attente de « pouvoir justifier de leur sortie du foyer fiscal de leurs parents »¹⁵⁴.

Cette simplification permet de répondre en partie aux difficultés financières auxquelles font face des jeunes femmes qui quittent le domicile familial car elles y étaient exposées à des violences psychologiques et/ ou physiques :

« Les jeunes femmes que nous accompagnons sont victimes de violences et confrontées à des difficultés financières. Or, elles doivent souvent avancer des frais importants qui les empêchent, pour certaines, d'avoir accès aux soins. De surcroît, n'étant plus affiliées sur la sécurité sociale de leurs parents, le temps qu'elles puissent accéder à la CMU quand elles sont victimes de violences et qu'elles sont conduites à l'hôpital, les frais sont à leur charge. Dans l'incapacité de les payer, elles se retrouvent en plus endettées. »

Marie CERVETTI,
directrice de l'association Une Femme-Un Toit

- La généralisation du tiers-payant est également un levier certain pour éviter l'avance des frais. Depuis le 1^{er} janvier 2017, les femmes enceintes et les patient.e.s souffrant d'une affection longue bénéficient du tiers payant pour leurs consultations médicales (généraliste ou spécialiste). La généralisation du tiers-payant à tout.e.s les patient.e.s est fixée au 1^{er} décembre 2017.

Par ailleurs, la qualité des contrats de complémentaire santé parmi lesquels les bénéficiaires de l'ACS doivent choisir est désormais encadrée : depuis le 1^{er} juillet 2015, les bénéficiaires choisissent entre onze offres sélectionnées par l'État.

Néanmoins les obstacles demeurent et les ressources financières restent le premier frein dans l'accès aux soins. Ces différentes mesures sont récentes et leur application méritent d'être renforcée.

b. Améliorer le recours aux droits pour permettre le plein bénéfice des aides financières existantes

Si des dispositifs existent pour lever une part des freins financiers pour une patientèle en difficulté, ils restent encore méconnus et l'ouverture de ces droits reste complexe.

Les femmes représentent 55 % des bénéficiaires de la CMU-C (protection complémentaire gratuite) et 43 % des bénéficiaires de l'Aide Médicale d'État ; des prestations sociales pour lesquelles le non-recours aux droits est très important. L'observatoire des non-recours aux droits et services (Odenore) considère dans une situation de non-recours « toute personne qui, quelle qu'en soit la cause, ne bénéficie pas d'une offre publique de droits et de services à laquelle elle pourrait prétendre »¹⁵⁵ :

- 1 personne sur 3 qui pourrait bénéficier de la CMU-C ne la perçoit pas, parce qu'elles ne la demandent pas ou que les démarches n'aboutissent pas (taux de recours entre 23 % et 36 %) ;
- le taux de non-recours se situe entre 30 % et 43 % en ce qui concerne l'Aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS)¹⁵⁶.

La non-obtention ou le non-renouvellement des droits a pour conséquence le renoncement aux soins ou les ruptures dans le parcours de soins. En l'absence de complémentaire de santé ou dans le cas où il y a rupture de droits, en cas de changement de situation professionnelle par exemple, il est difficile pour les femmes en situation de précarité de budgéter le coût, ou l'avance de frais, des soins à venir.

154 - Loi du 27 janvier 2017 relative à l'égalité et à la citoyenneté, article 63.

155 - WARIN Philippe, MAZET Pierre, L'envers de la fraude sociale : le scandale du non-recours aux droits sociaux, Édition La Découverte, Novembre 2012.

156 - Fonds CMU, Références, n°62, janvier 2016.

Simplifier les dispositifs et les démarches d'ouverture des droits

Le non-recours aux droits en matière de protection sociale tient, en premier lieu, à la méconnaissance de ces dispositifs et à leur complexité.

Dans le cadre des travaux préparatoires à la conférence nationale contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale, le groupe de travail « Santé et accès aux soins »¹⁵⁷ a auditionné des acteur.rice.s dans les domaines de l'insertion sociale ou de la santé, qui ont fait part de la méconnaissance par les publics reçus, à la fois des dispositifs d'aides financières, mais aussi du système de santé dans son ensemble. Les rapporteuses Denise BAUER et Nathalie GOYAUX ont également constaté que « *l'empilement des dispositifs, la juxtaposition des législations, sont ici de véritables obstacles à l'accès aux soins pour toutes et tous, mais encore plus pour les personnes à faibles ressources financières et culturelles* »¹⁵⁸.

« Les inégalités d'accès aux soins ne viennent pas contrecarrer les inégalités d'état de santé : elles les creusent et pour le résumer d'une formule : plus on est pauvre, plus on est malade, moins on est couvert »¹⁵⁹

Les démarches pour effectuer une demande CMU-C ou d'ACS sont complexes et nécessitent un accompagnement pour les personnes les plus en difficulté. De même, le Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale (CNLE) constate que, alors même que les bénéficiaires du RSA socle (57 % de femmes) ont accès de plein droit à la CMU-C, 36 % n'y ont pas recours. Il apparaît donc nécessaire d'automatiser l'accès à la CMU-C pour les bénéficiaires du RSA socle. Auditionné par le HCE, le président du CNLE a rappelé cette préconisation :

« Nous nous sommes rendu compte qu'il y avait toujours moins de déperdition et de non recours à chaque fois que l'on regroupait deux prestations ensemble. C'est ce que l'on a par exemple observé suite à la fusion de la prime d'activité et du RSA »

Etienne PINTE,
Président du Conseil national des politiques de lutte
contre la pauvreté et l'exclusion sociale¹⁶⁰

C'est pourquoi, comme le fait le Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale¹⁶¹, le Haut Conseil à l'Égalité recommande, afin de simplifier les démarches, d'inscrire dans un même dispositif l'AME, la CMU-C et l'ACS, accessible à toutes les personnes installées sur le territoire français et justifiant de revenus inférieurs au seuil de pauvreté, ainsi que de systématiser l'accès à la CMU-C pour les bénéficiaires du RSA socle.

Recommandation n°8 : Améliorer le taux de recours aux aides financières existantes en simplifiant les dispositifs, par :

- ▀ la fusion de l'aide médicale d'État (AME), l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) et la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) ;
- ▀ l'automatisme de l'accès à la CMU-C pour les bénéficiaires du RSA.

157 - Conférence nationale contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale, Groupe de travail « Santé et accès aux soins » : Pour un accès plus égal et facilité à la santé et aux soins, décembre 2012.

158 - Conférence nationale contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale, Groupe de travail « Santé et accès aux soins » : Pour un accès plus égal et facilité à la santé et aux soins, décembre 2012, p.35.

159 - Conférence nationale contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale, Groupe de travail « Santé et accès aux soins », 2012.

160 - Audition devant le HCE, 25 janvier 2017.

161 - Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, Contribution au plan national de lutte contre l'exclusion, février 2016, pp.92-93.

Faire connaître les dispositifs et les démarches d'ouverture des droits par un accompagnement personnalisé et une communication renforcée.

Afin d'améliorer le recours aux droits pour les femmes en situation de précarité et, de ce fait, lever les freins financiers, l'accompagnement apparaît primordial.

Certains établissements de santé développent une approche médico-sociale, avec la présence de travailleur.euse.s sociaux.ales qui accompagnent les patient.e.s sans droits ouverts ou non titulaires d'une complémentaire santé.

C'est par exemple le cas au sein du centre de santé associatif « La Case Santé », à Toulouse, qui s'est doté d'une équipe pluridisciplinaire de personnel médical (psychologue, infirmier.ères, médecins, coordinateur.ice en santé, sage-femme) et social (médiateur.ice.s en santé et travailleur.euse.s sociaux.ales). L'accompagnement médical va de pair avec un accompagnement complet qui prend en compte les patient.e.s dans leur globalité. Ce centre de santé s'est également doté d'une permanence téléphonique, animée par les travailleur.euse.s sociaux.ales, destinée à tous publics, au-delà de la patientèle de la Case Santé.

Lorsqu'une patiente disposant de peu de ressources se présente au centre pour la première fois, elle pourra ainsi être accompagnée très rapidement pour ouvrir ses droits afin que tous ses frais médicaux soient pris en charge par l'Assurance maladie.

Au-delà de structures spécifiques ayant développé un accompagnement social des patient.e.s, cet accompagnement est également nécessaire dans les structures de droit commun, présentes sur tout le territoire. C'est l'objectif des permanences d'accès aux soins de santé (PASS), mises en place dans les établissements publics et privés de santé depuis la loi du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions¹⁶². À la croisée du médical et du social, ces dispositifs ont un double rôle : permettre un accès aux soins, sans frais, et aider les personnes en situation de précarité à faire ouvrir leurs droits à une protection maladie en cas de défaut de couverture maladie, en situation irrégulière pour les migrant.e.s ou en cas de revenus ne permettant pas l'avance des frais médicaux. Selon la Direction générale de l'offre de soins, auditionnée par le HCE, 430 PASS (dont 44 spécialisées en psychiatrie et 18 en dentaire) sont aujourd'hui déployées sur le territoire¹⁶³. Si la mise en œuvre des PASS semble très inégale d'un territoire à l'autre, les PASS peuvent constituer un outil efficace pour faciliter l'accès au système de santé sans avance de frais et quelle que soit la situation administrative des patient.e.s.

Pour pallier à la fois le non-recours aux droits et le renoncement aux soins, la Caisse nationale d'assurance-maladie (CNAM) a par ailleurs annoncé, le 28 mars 2017, la généralisation d'un dispositif visant à proposer un accompagnement personnalisé aux personnes en difficulté, dispositif expérimenté dans le Gard depuis 2014.

Accompagner dans les démarches : la plateforme d'interventions départementales pour l'accès aux soins et à la santé (Pfidass) mise en place par la CPAM du Gard.

Dans le Gard, un des départements qui compte une population parmi les plus précaires de France, le pourcentage de personnes indiquant avoir renoncé à des soins au cours des douze derniers mois atteint même 30,5 %, selon un sondage réalisé auprès de 4000 personnes. Parmi les raisons invoquées : les obstacles administratifs et financiers.

À partir de ce constat alarmant, la CPAM du Gard a mis en place en novembre 2014, un dispositif de repérage qui s'appuie sur des « détecteurs » : professionnel.le.s de santé, personnel d'accueil de l'assurance maladie, mutuelles, association...

Quand ces dernier.e.s détectent des personnes en situation de renoncement aux soins, ils.elles établissent un signalement à la Pfidass. Les six personnes de la plateforme formées par la Cnam se chargent ensuite de contacter les personnes signalées, d'étudier avec elles leurs besoins, ouvrir des droits le cas échéant, les accompagner vers des professionnel.le.s adapté.e.s et monter des dossiers de demandes d'aides diverses si nécessaire. L'accompagnement se fait dans la durée, jusqu'à la réalisation effective des soins.

162 - Loi du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions, article 76 .

163 - Audition devant le HCE, 25 janvier 2017.

Le pilotage du projet repose sur une instance départementale composée des principaux.ales acteur.rice.s des secteurs santé et social du département, associés tout au long de la gestation de ce dispositif : les professionnel.le.s de santé, l'Agence régionale de santé, la Mutualité française, le Conseil départemental, le CHU, les CCAS, la Caisse d'allocations familiales.

Un premier bilan présenté le 28 mars par la Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam) fait état de 10 000 assuré.e.s pris.e.s en charge, dont 30 % ont été accompagné.e.s jusqu'au bout et 42 % encore en cours de traitement.¹⁶⁴

Une fois identifié.e.s, et sous réserve de leur consentement, les assuré.e.s sont approché.e.s par des agent.e.s de la CPAM qui vont leur proposer un accompagnement « sur mesure », d'une durée de 70 jours en moyenne. Les assuré.e.s en difficulté bénéficient d'un bilan exhaustif de leurs droits :

- création, mutation, ouverture des droits et mise à jour des droits à l'assurance maladie ;
- attribution de carte Vitale, enregistrement d'un.e médecin traitant ;
- recherche des droits à la CMU-C ou à l'ACS ;
- accompagnement au choix d'un contrat et d'un organisme complémentaire ;
- information relative aux droits et à leur bon usage ;
- recherche de droits complémentaires auprès d'autres organismes (CAF, aide à la complémentaire par une commune, aides au transport...).

Peu à peu étendu, le dispositif est régulièrement évalué, en lien avec l'Odenore. Début mars 2017, sur les quelques 9 400 dossiers ouverts lors de la phase d'expérimentation étendue à 22 CPAM (dont 2 400 dossiers ouverts dans le Gard), près d'un dossier sur trois a abouti à la réalisation effective de soins, et moins d'un sur deux est encore en cours de traitement.

Sur l'ensemble des dossiers clôturés, qu'ils aient ou non abouti à la réalisation effective de soins, dans 19 % des cas, les assuré.e.s ont pu bénéficier d'un accompagnement pour réaliser un montage financier afin de mener à terme la réalisation des soins, et 19 % ont été accompagné.e.s dans le parcours de soins.

Concernant l'accompagnement aux droits, 26 % des dossiers ont conduit à l'attribution de CMU-C ou d'ACS, 18 % à l'accès à une complémentaire santé (ou une complémentaire santé plus adaptée) et 9 % une mise à jour du dossier.

« J'ai eu beaucoup d'aide sur comment m'orienter, beaucoup de conseils sur un peu tout, sur la santé. On a bien avancé avec la personne. J'ai été aidée sur mes problèmes de santé et mon opération. Elle m'a dit comment je devais faire pour être prise en charge, comme quoi les médecins ne doivent pas nous faire l'avance des frais. Elle m'a aidée aussi dans la prise en charge de mon fils, pour son orthodontie. Elle m'a dit les démarches, comment je devais annuler mon ancienne mutuelle pour que ça soit la CMU qui prenne le relais. J'ai eu des aides, étape par étape, sur tout ce qui est financier et administratif ».

F, 47 ans, 3 enfants dont un à charge,
femme de ménage suivie dans le cadre de ce dispositif¹⁶⁵

Ce dispositif sera généralisé à l'ensemble des CPAM mi-2018.

Le **recours aux droits passe également par une communication accessible à tou.te.s** car les femmes en situation de précarité sont souvent mal informées et peuvent ainsi ignorer leurs droits et les aides auxquelles elles pourraient prétendre. Le colloque sur l'accès aux droits organisé par le Défenseur des droits, le 2 décembre 2013, soulignait qu'une personne fait 5 fois plus valoir ses droits quand elle a été informée. Selon le rapport du Gouvernement sur la pauvreté en France en 2012¹⁶⁶, c'est une connaissance insuffisante des dispositifs qui constitue très souvent le principal motif de non-recours.

¹⁶⁴ - Assurance maladie, Agir contre le renoncement aux soins - diagnostic, solutions et déploiement, Dossier de presse, 28 mars 2017.

¹⁶⁵ - Assurance maladie, Agir contre le renoncement aux soins - diagnostic, solutions et déploiement, Dossier de presse, 28 mars 2017, p.11.

¹⁶⁶ - Rapport du Gouvernement sur la pauvreté en France, p.94.

Le Haut Conseil à l'Égalité salue le lancement, par le ministère de la Santé, de diverses plateformes d'informations sur les droits en santé, en plus de la plateforme téléphonique 36 46 (numéro payant) destinée à l'ensemble des assuré.e.s :

- **Mes-aides.gouv.fr** permet, à partir d'un questionnaire de 7 minutes, d'évaluer ses droits à 25 aides sociales dont 15 aides nationales (les allocations familiales, l'ACS, le RCA, la CMU-C, la bourse de collège...) et 10 aides locales (Paris logement famille, tarification solidaire transport Rennes...);
- **Mesdroitssociaux.gouv.fr**, lancé en mars 2017, permet aux internautes de consulter l'ensemble de leurs droits sociaux directement en ligne et de retrouver à quels organismes ils.elles peuvent être rattaché.e.s. Le site permet de réaliser l'ensemble des démarches en ligne ;
- **Medicament.gouv.fr**, est une plateforme qui permet de se renseigner sur les médicaments (dont les médicaments génériques), qui propose un service de questions/réponses en ligne.

Enfin, depuis janvier 2016, l'Assurance maladie a mis en place une ligne téléphonique réservée aux professionnel.le.s, le 0811 709 075 : la ligne urgence précarité (LUP) permet désormais de signaler à une équipe dédiée toute difficulté liée à l'accès aux droits (notamment carte Vitale, CMU-C, ACS) empêchant l'accès à des soins urgents, et notamment : un besoin urgent de soins, la nécessité d'une hospitalisation qui ne peut être différée ou l'absence de suivi d'une grossesse déjà avancée.

Recommandation n°9 : Faire connaître et communiquer sur les droits en matière de santé par :

- une communication régulière autour du site « mesdroitssociaux.fr » récemment créé par le ministère de la Santé ;
- la création d'une plateforme téléphonique nationale (« numéro social vert ») pour informer sur les droits en santé ;
- le déploiement de campagnes régulières sur les différents numéros existants en matière de santé sexuelle et de lutte contre les violences (numéro Violences Femmes Info 3919, numéro vert national Sexualités, Contraception, IVG 0800 08 11 11...);
- informer et sensibiliser les professionnel.le.s de santé de l'existence, depuis 2016, de la « ligne urgence précarité » (LUP) permettant de signaler à l'Assurance Maladie des personnes rencontrant des difficultés liées à l'accès aux droits.

c. Garantir un accueil adapté par les professionnel.le.s de santé

Lutter contre la stigmatisation et les pratiques discriminatoires

L'accès aux soins des femmes en situation de précarité peut également être entravé pour des raisons liées à l'accueil parfois réservé par les praticien.ne.s aux patient.e.s vivant dans des conditions de pauvreté.

La précarité, et plus particulièrement les préjugés associés à la pauvreté, peuvent en effet susciter des pratiques professionnelles différentes, allant de la stigmatisation à la discrimination, avec pour conséquences une prise en charge de moins bonne qualité ou retardée ou encore un renoncement aux soins.

Stigmatisation et moins bonne prise en charge basées sur des stéréotypes

Dans le cadre d'une étude pour le Défenseur des droits¹⁶⁷, le laboratoire de recherche LEPS-Paris XIII s'est intéressé au discours des professionnel.le.s de santé concernant la prise en charge des patient.e.s en situation de précarité, notamment les bénéficiaires de la CMU-C, l'ACS ou encore l'AME. L'étude fait le constat que « si les perceptions

167 - Défenseur des droits, « Des pratiques médicales et dentaires, entre différenciation et discrimination », 2017.

de ce que signifie "pauvre" ou "précaire" varient fortement selon les professionnel.le.s de santé, des représentations négatives sont le plus souvent associées à cette catégorie ».

Pour les praticien.ne.s, les dénominations « précaires » et « CMUs »¹⁶⁸ sont synonymes, note le Défenseur des droits, de stéréotypes caractérisant couramment les personnes en situation de pauvreté : « soupçons de fraude, mais aussi anticipation de difficultés de suivi spécifiques à ces personnes qui seraient de "mauvais.e.s patient.e.s" porté.e.s à la sur-consommation de soins, à l'absentéisme et aux retards fréquents ».

Ces stéréotypes peuvent se traduire par des pratiques professionnelles différentes voire qui ne respectent pas la liberté des patient.e.s (pose d'un implant de stérilet systématique pour les femmes migrantes pauvres, jugées inaptes à une prise régulière de contraception orale¹⁶⁹) ou par des pratiques discriminatoires (refus de soin ou délais anormalement longs lors de la prise de rendez-vous).

Dans une étude sur le renoncement aux soins pour la DREES, la chercheuse Caroline DESPRES fait état de l'impact de ces pratiques stigmatisantes et, pour certaines, discriminantes :

« C'est encore parfois pour préserver l'image de soi, en évitant les espaces où sont développée des attitudes de stigmatisation, de discrimination à leur égard que les sujets s'éloignent des institutions, parfois des espaces de soins. Les discours rendent compte d'expériences, d'humiliations ou de violences symboliques vécues dans les rapports aux institutions qui marquent les individus et contribuent à des formes de défiance, notamment quand ils cherchent à faire valoir leurs droits. Elles renforcent une faible estime de soi, produisant des effets sur les conduites d'entretien du corps. Les difficultés d'accès aux droits et la stigmatisation à l'égard des bénéficiaires de la CMU-C par des professionnels de santé ont là encore des conséquences identitaires et en termes d'image de soi qui renforcent une certaine méfiance à l'égard de la médecine, d'autant qu'ils souffrent déjà d'un statut social dévalorisé en lien avec le chômage ou le RSA (et avant le RMI). »¹⁷⁰

DREES, Caroline DESPRES

Un refus de soin discriminatoire

Le sujet de ce type de pratiques est soulevé depuis plusieurs années par des associations. En janvier 2009, une enquête diligentée par l'IRDES pour le fonds CMU, réalisée par testing à Paris, observe les taux de refus de rendez-vous pour les bénéficiaires de la CMU-C : 32 % pour les dentistes, 19 % pour les généralistes (9 % en secteur 1 et 33 % en secteur 2), 28 % pour les ophtalmologistes (9 % en secteur 1 et 31 % en secteur 2) ; 38 % pour les gynécologues (17 % en secteur 1 et 40 % en secteur 2)¹⁷¹.

Les études menées par des associations aboutissent aux mêmes constats. En mai 2009, le Collectif interassociatif sur la santé (CISS) concluait, suite à un testing, que, sur 496 médecins libéraux spécialistes exerçant en secteur, 22 % refusaient de prendre en charge les bénéficiaires de la CMU, 5 % acceptaient sous conditions (à certains horaires ou dans les délais anormalement longs). Le taux de refus était, selon le CISS, de 50 % à Paris¹⁷².

La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAM-TS) a dressé un bilan des refus de soins signalés par les bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS auprès de la CPAM, pour l'année 2014 :

168 - Faisant notamment référence à la couverture maladie universelle de base, désormais fusionnée au sein de la PUMA.

169 - Médecins du Monde, audition devant le HCE le 16 novembre 2016.

170 - DESPRES Caroline, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques DREES, Le renoncement aux soins pour raisons financières, Analyse socio-anthropologique, n° 119 – mars 2012.

171 - DESPRES C, GUILLAUME S, COURALET PE. Le refus de soins à l'égard des bénéficiaires de la Couverture maladie universelle complémentaire à Paris. Paris, Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie, La Documentation française, juillet 2009.

172 - CISS, FNATH, UNAF. Action contre les refus de soins : dossier de presse. Paris, 25 mai 2009.

Bilan des refus de soins signalés en 2014 auprès des CPAM

Motifs des refus de soins	Bénéficiaires de la CMU-C		Bénéficiaires de l'ACS		Bénéficiaires de l'AME		Total	% du motif
Fixation tardive, inhabituelle et abusive d'un RDV	8	2,6%	1	0,7%	0	0,0%	9	2,1%
Orientation répétée et abusive vers un autre professionnel ou centre de santé sans raison	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Refus d'élaborer un devis	16	5,2%	19	14%	1	5,0%	35	7,9%
Non respect des tarifs opposables ou facturation d'actes hors panier de soins ou hors nomenclature sans l'accord d'un devis signé	71	23,3%	24	17,6%	5	25,0%	95	21,5%
Attitude ou comportement discriminatoire, refus de soins non motivé	87	28,6%	36	26,5%	8	40,0%	123	27,9%
Refus de tiers-payant	123	40,3%	56	41,2%	6	30,0%	179	40,6%
TOTAL	305	100,0%	136	100,0%	20		441	100,0%
% du dispositif	69,2%		30,8%		4,3%		100,0%	100,0%

Source : Fonds CMU, Rapport d'activité 2015, basé sur les données de la CNAMTS

Comme on le voit, ces signalements pour refus de soin concernent principalement un refus de tiers-payant (40 %).

« Discriminations dans le champ de la santé - Les repérer et les prévenir tout au long du parcours de soins » par Migrations santé Alsace et l'Observatoire Régional de l'Intégration et de la Ville (ORIV).

Suite aux enquêtes Trajectoires et Origine, le rapport « *Discriminations dans le champ de la santé - Les repérer et les prévenir tout au long du parcours de soins* » de mai 2016, réalisé par Migrations santé Alsace en lien avec l'Observatoire Régional de l'Intégration et de la Ville (ORIV), met en évidence des formes de traitements différentiels dans le champ de la santé en particulier auprès des personnes immigrées ou enfants d'immigré.e.s : mauvaise orientation/information, délégitimation des demandes, un accompagnement ou des soins pratiqués dans une perspective culturaliste, refus d'accès aux droits ou aux soins explicites. Menés à partir d'une réflexion collective de professionnel.le.s du champ sanitaire, ces travaux ont pour finalité d'accompagner les acteur.rice.s du champ sanitaire dans le repérage des phénomènes (ou risques) discriminatoires, d'identifier les pistes d'amélioration des pratiques et des fonctionnements institutionnels pour prévenir et agir au quotidien face à des situations de discrimination. La continuité de ce projet, soutenu par le CGET, consistera à approfondir (notamment sur l'angle du genre) ces éléments d'objectivation et ces pistes d'actions sous la forme d'un guide pratique à destination des professionnel.le.s de santé (à paraître en juin 2018).

Pour mettre en lumière ce type de discrimination entravant l'accès aux soins des personnes — femmes et hommes — en situation de précarité, Médecins du monde, la Fédération des acteurs de la solidarité (Fnars) et le Collectif interassociatif sur la santé (CISS) ont saisi le Défenseur des droits, le 10 janvier 2017, au sujet de douze médecins ou dentistes qui avaient fait figurer « pas de CMU » ou « pas d'AME » sur leur page Doctolib.fr ou Monrdv.com, des sites de prise de rendez-vous en ligne.

L'étude du Défenseur des droits, parue en avril 2017, apporte une première analyse de ce phénomène : si les praticien.ne.s interrogé.e.s justifient le refus de soins par un remboursement de base par l'Assurance-maladie jugé sous-évalué et des tâches administratives trop lourdes, il n'en reste pas moins que « cet "étiquetage social" favorise des pratiques professionnelles non habituelles, dont certaines sont le signe d'une discrimination »¹⁷³.

Ces pratiques, qu'elles relèvent de la stigmatisation ou de la discrimination, peuvent motiver un renoncement aux soins des personnes en situation de précarité, qui se sentent indésirables, voire qui anticipent le refus des médecins.

Le Code de la santé publique précise pourtant qu'« aucune personne ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès à la prévention ou aux soins » (art.L 1110-3), disposition complétée par la loi du 21 juillet 2009 qui a ajouté à la liste des refus de soin discriminatoire, le refus de soins fondé sur le type de protection sociale (CMU-C, ACS et AME).

Par ailleurs, la loi du 26 janvier 2016, relative à la modernisation de notre système de santé, confie aux ordres professionnels le soin d'évaluer le respect du principe de non-discrimination dans l'accès à la prévention ou aux soins. Il s'agit aussi de mesurer l'importance et la nature des pratiques de refus de soins afin d'objectiver les pratiques des refus de soins — puisque les personnes qui en sont victimes les signalent rarement.¹⁷⁴

À l'instar des opérations « testing » mises en place depuis décembre 2016 afin d'identifier d'éventuelles difficultés d'accès à l'IVG (délais de recours, niveau d'information délivré aux femmes au moment de la prise de rendez-vous, accueil réservé), le Haut Conseil à l'Égalité recommande le déploiement de testings pour contrôler, dans les faits, l'accueil réservé aux bénéficiaires de la CMU-C, dont les femmes constituent la majorité. C'est une recommandation déjà émise, en mars 2014, par le Défenseur des droits dans un rapport remis au Premier ministre.¹⁷⁵

Recommandation n°10 : S'assurer de la mise en œuvre réelle des obligations de prise en charge des patient.e.s à faibles ressources partout sur le territoire par :

- ▶ la généralisation effective du tiers-payant ;
- ▶ la mise en place de testings pour contrôler l'effectivité de l'obligation d'accueillir tout.e bénéficiaire de la CMU-C.

Former et outiller les professionnel.le.s pour un accueil adapté

Former les professionnel.le.s

La formation des professionnel.le.s est nécessaire pour qu'ils.elles prennent mieux en compte les spécificités rencontrées par les femmes (par exemple, poser systématiquement la question des violences conjugales, connaître les symptômes spécifiques d'un infarctus du myocarde chez les femmes, etc.) mais également pour impulser une approche plus globale de la patientèle qui interroge les conditions de vie, de travail et de logement pour une prise en charge plus efficiente et une meilleure prise en compte des inégalités sociales de santé.

Adapter les pratiques pour garantir un accueil adapté aux personnes en situation de précarité

L'accueil empathique des personnes en situation de précarité et la connaissance des difficultés des patient.e.s sont essentiels pour leur prise en charge. Pour Gilles LAZIMI, médecin généraliste du centre municipal de santé, responsable des actions prévention santé de la ville de Romainville en Seine-Saint-Denis : « il faut non pas une égalité des soins mais bien une équité ». Un temps de consultation suffisamment long est un préalable à des soins de qualité car ces patient.e.s nécessitent plus d'écoute, plus de temps et plus de prise en charge que des patient.e.s issu.e.s de classe sociale favorisée.

173 - Défenseur des droits, « Des pratiques médicales et dentaires, entre différenciation et discrimination », 2017, p.7.

174 - Fonds CMU, Rapport d'activité 2015, p.38.

175 - Défenseur des droits, Les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMU-C, de l'ACS et de l'AME, Rapport remis au Premier ministre, mars 2014, p.15.

Mieux prendre en compte les spécificités des femmes dans les diagnostics et les traitements

Un programme d'enseignement sur les problématiques de santé des femmes apparaît nécessaire pour mieux prendre en compte leurs spécificités en matière de diagnostic et, ainsi, mieux les prendre en charge. En effet, pour un certain nombre de pathologies médicales, il y a un retard dans le diagnostic et l'accès aux soins (cf. pathologies cardio-cérébro-vasculaires page 33). Il est à ce titre nécessaire de développer des études de santé qui tiennent compte des spécificités liées aux sexes, notamment aux femmes et de développer des études d'efficacité thérapeutique.

L'endométriose : l'enjeu de la formation des professionnel.le.s



L'endométriose, maladie gynécologique qui touche 1 à 2 femmes sur 10, est aujourd'hui la première cause d'infertilité. Lorsque l'on interroge les femmes atteintes par cette maladie, elles disent toutes avoir souffert de douleurs gynécologiques depuis l'adolescence. L'endométriose reste toutefois mal connue par les femmes elles-mêmes et par les médecins, du fait du tabou qui persiste autour des règles, mais aussi par manque d'informations et de recherches sur cette maladie.

La méconnaissance de la maladie par certain.e.s professionnel.le.s entraîne des diagnostics tardifs : il faut en moyenne 7 ans pour diagnostiquer l'endométriose.

Il existe donc des enjeux en termes de formation des professionnel.le.s pour dépister et informer les femmes de cette maladie, afin que la prise en charge soit plus rapide. Une convention de partenariat signée entre la ministre de la Santé et l'association Info Endométriose, le 22 mars 2017, vise à faciliter l'accès à l'information sur cette pathologie aux femmes et au public jeune.

Ce partenariat prévoit notamment des outils de communication (affiches, flyers, brochures, etc.) et des actions de sensibilisation à destination des professionnel.le.s de santé (gynécologues et médecins traitants notamment) et du grand public, aussi bien au niveau national que régional, par la mobilisation des Agences régionales de santé (ARS). Plus d'informations sur <http://info-endometriose.fr/>

La formation initiale et continue des professionnel.le.s de santé doit être globale afin d'intégrer :

- ▶ Une sensibilisation sur les inégalités sociales de santé à l'instar de ce qui se fait dans les facultés de médecine Pierre et Marie Curie ou René Descartes, à Paris, qui ont intégré des séminaires de formations à l'attention des internes en médecine générale et développé un grand nombre d'études sur ce thème ;
- ▶ Une formation sur les patient.e.s de cultures diverses, sur leurs représentations, et sur la sensibilisation aux pathologies liées à la migration : la faculté de médecine Pierre et Marie Curie a également mis en place un séminaire sur ce sujet ;
- ▶ Une formation sur les enjeux liés à la sexualité et la contraception. Ces questions ne se cantonnent pas à l'expertise des gynécologues, et de nombreux actes (frottis cervico-utérin, prescription d'une contraception, IVG médicamenteuse...) peuvent être réalisés par d'autres professionnel.le.s (sages-femmes, médecins généralistes...). Au centre de santé « La place santé » (Saint-Denis), cette question est investie par les médecins puisque trois d'entre eux.elles sont titulaires d'un diplôme universitaire « reproduction et régulation des naissances » ; les trois médecins ont diverses spécialités et les questions spécifiques aux droits sexuels et reproductifs des femmes peuvent être évoquées, si elles émergent, dans tous types de consultations.

Ces enjeux concernent en particulier l'accueil des femmes étrangères en situation de précarité et/ou de difficultés linguistiques. Selon Sophie LAURENCE et D^{re} Jeanine ROCHEFORT, représentantes de Médecins du Monde, les femmes étrangères n'ont pas toujours le choix de la méthode :

« La stigmatisation des femmes étrangères qui demandent une contraception est avérée : elles ne se voient souvent proposer qu'une seule méthode, leur traitement étant différencié des autres femmes, en raison de la barrière linguistique ou d'inquiétudes quant à leur gestion de formes autres qu'un implant par exemple. »¹⁷⁶

Ces représentations socioculturelles ont un impact sur l'identification a priori des besoins contraceptifs des femmes étrangères par les professionnel.le.s de santé. Elles peuvent influencer la décision du.de la professionnel.le d'aborder ou non la question d'une prescription contraceptive et le choix des méthodes contraceptives qu'il.elle leur propose.

De même, les représentantes de Médecins du Monde insistent sur l'importance du travail qu'elles doivent mener au quotidien sur les déterminants socioculturels des patientes, par exemple sur la perception de leurs corps, de l'IVG, de la contraception et citent des patientes qui expliquent : « c'est la volonté de Dieu si je suis enceinte ».

La sensibilisation sur ces enjeux peut se faire dans le cadre de la formation initiale et en formation continue via des séquences de formation, séminaires ou conférences dédiées mais aussi via des stages dans des centres de planification familiale ou dans le cadre de partenariats : au centre de santé associatif « La case de santé » (Toulouse), tou.te.s les professionnel.le.s, aussi bien médicaux que sociaux, sont formé.e.s sur ces questions par le Planning Familial 31.

La prise en compte des violences faites aux femmes

La formation des professionnel.le.s est indispensable pour un meilleur repérage et une prise en charge adaptée des femmes victimes de violences. Il est essentiel que soit mis en place dans les universités de médecine un véritable enseignement initial sur les violences faites aux femmes et leurs conséquences en matière de santé, car le rôle des médecins est fondamental au même titre que celui des psychothérapeutes, des associations, des juges, des policier.ère.s et des travailleur.euse.s sociaux.ales et médicaux.ales.

Les femmes victimes de violences, du fait de la tolérance sociale vis-à-vis des violences sexistes et sexuelles, peuvent éprouver de la honte, de la peur, et un sentiment de culpabilité.

Le risque de survenue de très nombreuses pathologies médicales et psychiatriques augmente de manière notable et est multiplié chez ces patientes victimes, notamment en cas de violences sexuelles et a *fortiori* lorsque celles-ci ont débuté quand elles étaient mineures.

Les femmes victimes ont besoin de trouver de l'aide auprès des professionnel.le.s de la santé de même qu'auprès des professionnel.le.s de la police, de la gendarmerie, de la justice, et des travailleur.euse.s sociaux.ales.

Prévenir et dépister le harcèlement sexuel et l'agissement sexiste au travail

Le monde du travail n'est pas exempt de violences sexistes, harcèlements sexuels et de violences sexuelles. La libération de la parole débute à peine et on observe que les victimes sont le plus souvent des femmes jeunes, en formation, en stage, précaires, en difficultés ou encore mères célibataires, en très grande difficulté pour parler, et trouver de l'aide.

Les médecins du travail ainsi que l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire chargée de la médecine du travail, ont un rôle et une responsabilité majeures de repérage des femmes victimes de violences au travail pour que de tels agissements ne soient pas ignorés et que ces femmes soient protégées.

Recommandation n°11 : Améliorer la formation initiale et continue des médecins et de l'ensemble des professionnel.le.s de santé afin de :

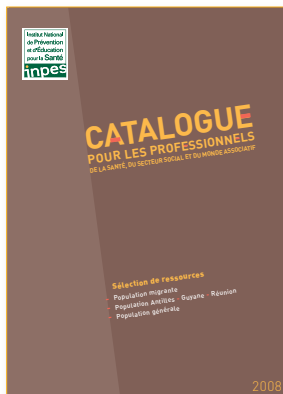
- ▀ faire évoluer les pratiques pour proposer un accueil adapté aux personnes en situation de précarité ;
- ▀ mieux prendre en compte les spécificités des femmes dans les diagnostics et les traitements ;
- ▀ généraliser le dépistage systématique des violences faites aux femmes ;
- ▀ prévenir et dépister le harcèlement sexuel et l'agissement sexiste au travail (formation des médecins du travail, des médecins de prévention, des infirmier.e.s, des internes en médecine du travail).

176 - Audition devant le HCE, 16 novembre 2016.

Outiller les professionnel.le.s

Il apparaît nécessaire d'outiller les professionnel.le.s de santé pour qu'ils.elles puissent accompagner au mieux les femmes en situation de précarité qui les consultent.

Gladys IBANEZ, médecin généraliste au centre de santé de Villejuif, fait notamment part du besoin d'outils de communication sur la santé et l'accès aux droits pour prendre en charge les patient.e.s qui ne lisent ou ne comprennent pas bien le français : « on s'en sort souvent avec des dessins, des codes couleurs... »¹⁷⁷.

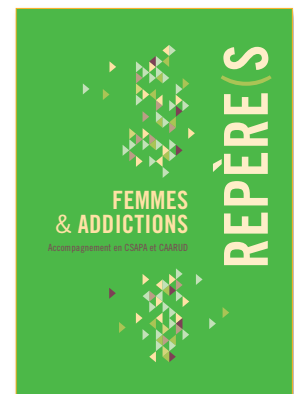


En 2008, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) a recensé dans un **catalogue destiné aux professionnel.le.s de santé, du secteur social et du monde associatif** des ressources classées par thématique (santé globale, contraception/sexualité, VIH/IST, Hépatites, Cancers, Nutrition, addictions...) s'adressant au grand public ou à des publics spécifiques. Les affiches, dépliants, vidéos, modes d'emploi du préservatif sont, pour la plupart, traduit.e.s dans plusieurs langues.

inpes.santepubliquefrance.fr

Dans le cadre du plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017, la Fédération Addiction a élaboré un **guide « Femmes & addiction »** en partenariat avec la MILDECA (Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues Et les Conduites Addictives), la DGS (Direction Générale de la Santé) et la DGCS-SDFE (Direction Générale de la Cohésion Sociale – Service du Droit des Femmes et de l'Égalité). Au travers de 15 fiches thématiques et 6 interviews, ce guide vise à faire émerger des constats (à partir des observations de professionnel.le.s, de témoignages de femmes), de faire connaître des bonnes pratiques françaises ou étrangères et de formaliser des préconisations pour faire évoluer les pratiques professionnelles dans l'ensemble des secteurs concernés.

www.federationaddiction.fr



Par ailleurs, l'agence de développement des relations interculturelles pour la citoyenneté développe au niveau national des actions de sensibilisation auprès des professionnel.le.s d'associations ou de collectivités sur la prise en compte de la dimension culturelle. « **Le guide pour agir – Femmes primo-arrivantes, de l'accueil à l'intégration** » a notamment été réalisé à destination des professionnel.le.s dans la perspective de les accompagner dans leur mission d'informations et d'ouvertures de droits des femmes primo-arrivantes.

<http://www.adric.eu/index.php/kiosque/194-femmes-primo-arrivantes-de-laccueil-a-lintegration>

177 - Entretien téléphonique, 25 octobre 2016.

Outils sur les violences



La mission interministérielle pour la protection des femmes victimes de violences et la lutte contre la traite des êtres humains (MIPROF) est en charge, depuis 2013, de la formation des professionnel.le.s : elle a donc mis en place un certain nombre d'outils de formation sur les violences au sein du couple et les violences sexuelles. Chaque kit de formation se compose d'un court-métrage et d'un livret d'accompagnement.

Le « **kit Anna** » explique par exemple les mécanismes des violences au sein du couple, le repérage et la prise en charge par

le.la professionnel.le, tandis que le kit « **Tom et Léna** » met en lumière l'impact des violences au sein du couple sur les enfants.

<http://stop-violences-femmes.gouv.fr/4-outils-pour-l-animation-sur-les.html>

Le site **declicviolence.fr** a été mis en place par le département de médecine générale du CHU de Clermont-Ferrand : il propose des fiches pratiques pour permettre aux professionnel.le.s de santé de premier recours de mieux repérer, prendre en charge ou orienter les femmes victimes de violences. Le site met également en évidence un certain nombre de pièges à éviter : sous-estimer les violences conjugales, avoir des stéréotypes sur les victimes et les auteurs, etc. Un outil jugé utile et pratique par la D^{re} Gladys IBANEZ, exerçant au Centre de santé de Villejuif, pour aider les médecins de la structure au dépistage systématique et à la prise en charge.

www.declicviolence.fr



Des structures innovantes élaborent également leurs propres outils afin de répondre le plus efficacement possible aux besoins des femmes accueillies. Constatant un faible taux de dépistage du cancer du col de l'utérus, le centre de santé « **La Place Santé** » à Saint-Denis a élaboré des dépliants, en associant les femmes usagères du quartier.

Recommandation n°12 : Développer des outils de communication adaptés (plaquettes de sensibilisation, vidéos), en associant des usager.e.s à leur élaboration, diffusés dans les pharmacies et les lieux de soins. Financer le recours à des services d'interprétariat (langues étrangères et langue des signes) dans les centres de soins.

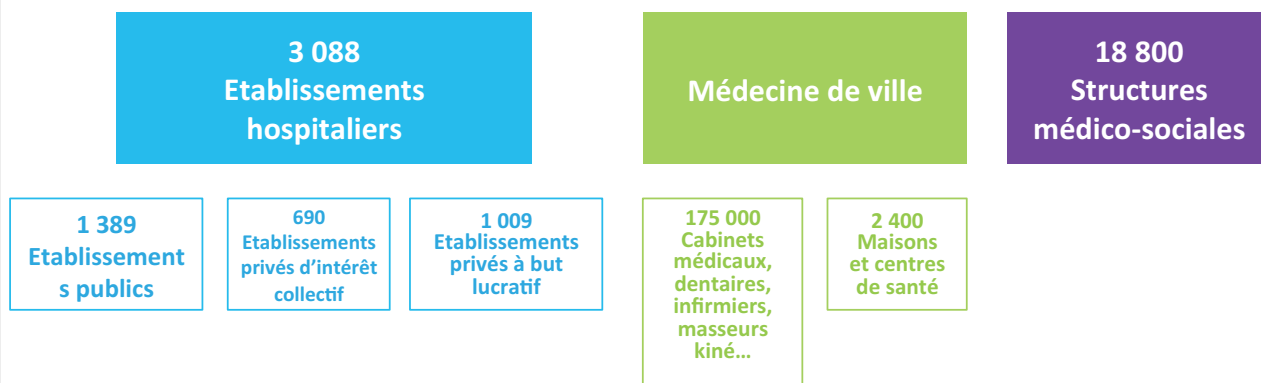
2. Agir sur l'organisation de l'offre de soins, « aller vers » les populations les plus éloignées du système de santé et développer une approche en santé communautaire

En France, l'offre de soins se compose :

- ▀ des établissements hospitaliers, répartis en 3 grandes catégories : publics, privés d'intérêt collectif et privés à but lucratif
- ▀ de la médecine de ville (dite aussi ambulatoire) constituée des professionnel.le.s exerçant en cabinet: médecins généralistes et spécialistes, chirurgien.ne.s dentistes, pharmacien.ne.s, infirmier.e.s ou en structures pluri-professionnelles (maisons ou centres de santé)...
- ▀ des structures médico-sociales, regroupant entre autre les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et les institutions pour personnes handicapées.

Le parcours de soins se déclinent dans 3 secteurs : soins primaires de proximité, prise en charge nécessitant une hospitalisation et accompagnement médico-social.

L'OFFRE DE SOINS EN FRANCE EN 2017



Source : DGOS 2017.

a. Garantir l'accessibilité des soins (proximité géographique et accès pour les femmes en situation de handicap)

Les difficultés d'accès aux soins des femmes en situation de précarité peuvent être liées à une offre de soins insuffisante ou inadaptée sur leur territoire de résidence. Les distances ou la longueur des trajets vont par ailleurs les impacter plus fortement, puisqu'elles sont moins mobiles que la population générale.

Réduire les inégalités d'offre de soin sur le territoire

Selon les Atlas régionaux de la démographie médicale publiés en novembre 2015 par le Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM), la France compte aujourd'hui 192 déserts médicaux dans lesquels vivent près de 2,5 millions de personnes.

L'association UFC Que Choisir a recensé en juin 2016 la possibilité d'accéder à une consultation médicale (généralistes, médecins pratiquant des actes gynécologiques, pédiatres, ophtalmologistes) sur l'ensemble du territoire, selon deux critères : accessibilité à moins de 30 minutes, pas de dépassement d'honoraires. L'association dresse le constat que dans les territoires urbains comme ruraux, certaines zones géographiques ne disposent pas d'une offre suffisante de professionnel.le.s de santé : en ville et zones péri-urbaines, celle-ci est plutôt liée aux difficultés d'accès à des médecins qui ne pratiquent pas de dépassement d'honoraires, alors que les territoires ruraux pâtissent d'un déficit d'offre. Il en résulte par exemple que, selon cette étude, 15 % des Françaises ne disposent pas de médecins pratiquant des examens gynécologiques à proximité de chez elle¹⁷⁸.

Selon l'étude « Déserts médicaux, comment les définir ? Comment les mesurer ? », publiée en mai 2017 par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) du Ministère de la Santé :

- ▶ 8 % de la population réside dans une commune sous-dense en médecins généralistes, au sens d'une accessibilité inférieure à 2,5 consultations par an et par habitant.e ;
- ▶ 6 % de la population connaît des difficultés d'accès aux services d'urgence ;
- ▶ 0,5 % de la population cumule des difficultés d'accès aux médecins généralistes, pharmacies et services d'urgence.

Des moyens publics sont dédiés pour encourager des professionnel.le.s de santé à s'installer dans des zones déficitaires, notamment via le Pacte Territoire Santé, mis en place par la ministre de la Santé depuis 2012 :

- ▶ Les contrats d'engagements de service public (CESP) sont proposés aux médecins ou dentistes en formation : en signant ce contrat, ils.elles perçoivent pendant leurs études une bourse d'un montant brut de 1 200 € par mois. En contrepartie, ils.elles acceptent de s'installer, à l'issue de leur formation, dans un territoire manquant de professionnel.le.s, pour une durée équivalente à celle de l'aide. 1800 contrats ont été passés à ce jour et l'objectif est de 2550 en 2018 ;
- ▶ Le développement des modes d'exercice coordonné (maisons de santé pluriprofessionnelles, centres de santé...) est encouragé pour créer des conditions d'exercice attractives (mutualisation des tâches administratives, souplesse dans l'organisation quotidienne, réponse à l'isolement dans certaines zones...) et pour agir sur la qualité de la prise en charge des patient.e.s (continuité des soins, prise en charge coordonnée, amélioration du parcours...). 900 maisons de santé pluri-professionnelles ont ainsi été créées depuis 2012.

Des mesures d'incitation existent également pour promouvoir l'installation de sages-femmes dans les zones qui en comptent peu, dans le cadre d'un « contrat individuel »¹⁷⁹ passé entre l'assurance maladie et un.e sage-femme.

Le.la sage-femme s'engage à exercer pendant au moins 3 ans dans une zone sous-dotée, à avoir un taux de télétransmission d'au moins 75 %, à informer la CPAM une fois par an de son évaluation d'activité et à percevoir au minimum l'équivalent de 5 % des honoraires moyens de la profession en France.

178 - UFC – Que Choisir, Accès aux soins en France : la fracture sanitaire s'aggrave, juin 2016.

179 - Contrat individuel prévu dans l'avenant 1 de la convention nationale des sages-femmes libérales, 2012.

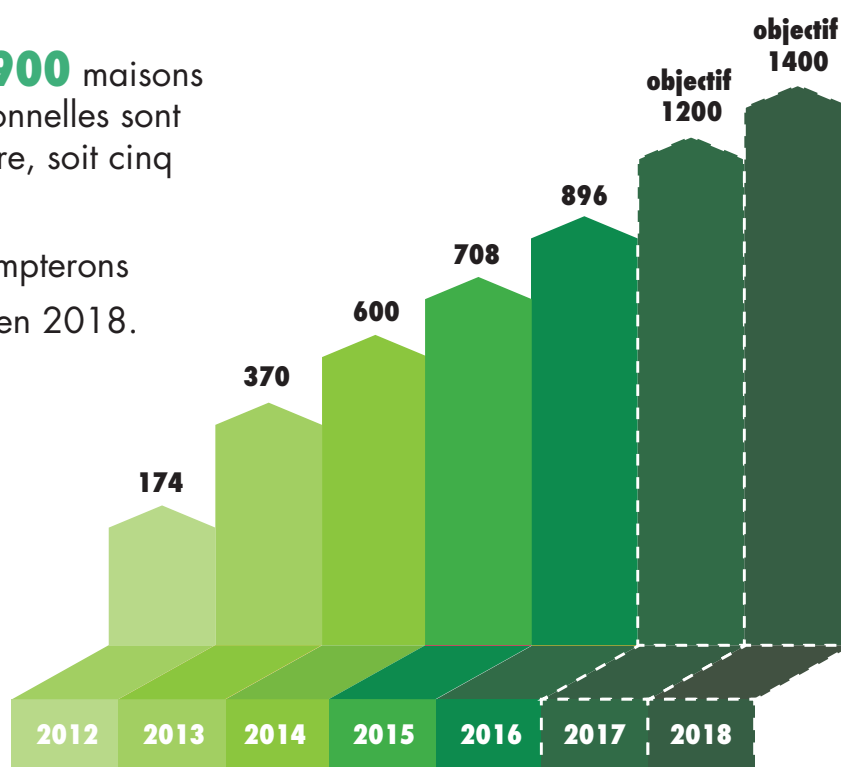
Pour pouvoir bénéficier de :

- ▶ la participation de l'assurance maladie à l'équipement du cabinet ou autres investissements professionnels (véhicule...) dans la limite de 3000 euros par an, pendant 3 ans ;
- ▶ la participation des caisses d'assurance maladie aux cotisations dues au titre des allocations familiales en application de l'article L. 242-11 du code de la sécurité sociale.

Les maisons de santé pluriprofessionnelles : Afin d'encourager l'installation de médecins libéraux dans les territoires manquant de professionnel.le.s de santé, le ministère de la Santé impulse, dans le cadre du « Pacte territoire santé », la construction de maisons de santé pluriprofessionnelles. Ces maisons de santé visent le regroupement de professionnel.le.s aux spécialités diverses dans un même lieu.

Aujourd'hui, près de **900** maisons de santé pluriprofessionnelles sont réparties sur le territoire, soit cinq fois plus qu'en 2012.

Fin 2017, nous en compterons **1200**, puis **1400** en 2018.



Source : Bilan Pacte Santé, 2017, Ministère de la Santé

Si les objectifs chiffrés de création de nouvelles maisons de santé pluriprofessionnelles semblent atteints, le Haut Conseil à l'Égalité met en avant, depuis son rapport EGALiTER en 2014¹⁸⁰, l'importance de prendre en compte un volet qualitatif, dans un objectif de réduction des inégalités sociales de santé et d'égalité entre les femmes et les hommes, dans les projets de santé de ces maisons de santé. Ces critères qualitatifs concernent à la fois le diagnostic préalable à l'installation, la formation des professionnel.le.s, les partenariats locaux encouragés et l'accès à l'IVG médicamenteuse.

Les centres municipaux de santé : Les centres de santé sont soit mono-professionnels, soit pluri-professionnels. Les professionnel.le.s de santé y sont salarié.e.s et les centres de santé sont tenus de pratiquer le tiers payant.

Selon le ministère de la Santé, on compte plus de 1600 centres de santé (dont 320 centres polyvalents)¹⁸¹ sur le territoire.

180 - HCE, « Combattre maintenant les inégalités sexuées, sociales et territoriales dans les quartiers de la politique de ville et les territoires ruraux fragilisés », 2014.

181 - <http://social-sante.gouv.fr/>, 21 janvier 2016.

Le centre municipal de santé Louise Michel – Romainville (93)

Avec son Centre Municipal de Santé, la ville de Romainville mène depuis plusieurs décennies une politique volontariste en matière d'accès aux soins de premier recours et de santé publique, ouvert à toutes et tous, bien au-delà des missions traditionnelles habituellement dévolues aux communes dans un objectif de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.

Le centre municipal de santé, installé dans de nouveaux locaux depuis le 7 avril 2015, est un outil au service des Romainvillois.e.s répondant aux dernières normes environnementales et d'accueil au public à mobilité réduite.

D'une superficie de 1 200 m², le centre est composé de 10 cabinets médicaux (médecine générale et spécialisée), d'un service infirmier, de kinésithérapie, d'un service dentaire, d'un service de prévention, de consultations de diététique, d'une consultation de psycho-traumatisme et d'un centre de planification. Les professionnel.le.s du centre mènent, en parallèle, des actions de prévention et de sensibilisation dans et hors les murs, en matière de diététique, de prévention bucco-dentaire, de prévention des violences et maltraitances auprès des enfants, etc. L'ensemble de ces actions touchent plus de 8 000 personnes sur la ville chaque année.

Soucieux d'accueillir tout type de public, le centre municipal de santé pratique le tiers-payant, ainsi que le tiers-payant intégral lorsqu'une convention avec une mutuelle a été signée.

Les indicateurs retenus pour déterminer si une zone géographique est un « désert médical » ont également été affinés. Jusqu'à présent, les territoires étaient définis uniquement en fonction du nombre de médecins par habitant.e.s. Par un décret du 25 avril 2017¹⁸², les territoires bénéficiant d'aides sont désormais définis en fonction de plusieurs critères : les besoins de soins en fonction de l'âge des habitant.e.s ; le temps d'accès par la route vers le médecin généraliste ; le volume d'activité des médecins ; l'âge des médecins pour tenir compte des départs prévisibles à la retraite¹⁸³. Ce zonage sera réalisé par les Agences régionales de santé (ARS) dans le cadre des projets régionaux de santé (PRS) qui doivent être établis au 1^{er} janvier 2018. Il servira de cadre au déploiement de mesures incitatives.

Cette conception plus qualitative de l'offre de soins renvoie à la notion d'accessibilité des services. Pour analyser l'accessibilité des services, notamment en santé, le Commissariat général à l'égalité des territoires s'appuie par exemple sur un « indicateur de l'accessibilité potentielle localisée » afin de prendre en compte l'adéquation entre l'offre de soins et les besoins de la population sur un territoire. Au-delà des dimensions les plus connues de l'accès aux soins (l'effectivité de l'offre en santé, la distance et le temps d'accès), la notion d'« accessibilité » renvoie de façon plus large à la disponibilité du service, à son coût, au niveau de service rendu, à l'information effective, et à la possibilité de choix des usager.e.s.

182 - Décret du 25 avril 2017 relatif aux conditions de détermination des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins ou dans lesquelles le niveau de l'offre est particulièrement élevé.

183 - Communiqué de presse de Marisol TOURAINE, Ministre des Affaires sociales et de la Santé, 10 mars 2017.

La télémédecine : un levier complémentaire pour les territoires ruraux

La mesure 3 du Comité Interministériel aux ruralités du 13 mars 2015 prévoit l'accélération du déploiement des expérimentations en télémédecine avec un focus sur certaines pathologies et spécialités (les plaies chroniques, la gériatrie, la psychiatrie, l'insuffisance cardiaque et l'insuffisance rénale). Selon la définition adoptée en 1997 par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), « la télémédecine est la partie de la médecine qui utilise la transmission par télécommunication d'informations médicales (images, comptes-rendus, enregistrements, etc.), en vue d'obtenir à distance un diagnostic, un avis spécialisé, une surveillance continue d'un malade, une décision thérapeutique ». Si la télémédecine ne peut remplacer le contact et les interactions entre patientes et professionnel.le.s de santé, son déploiement pourrait permettre de favoriser l'accès aux soins des femmes en situation de précarité, en particulier dans les territoires ruraux où la démographie médicale est plus faible et où la forte présence d'une population âgée requiert une offre de soin plus importante.

Aider à la mobilité des patient.e.s

En l'absence d'une offre de proximité suffisante, notamment pour des soins spécialisés, des initiatives locales prévoient la **prise en charge des déplacements en transports en commun pour se rendre aux services spécialisés les plus proches**.

C'est par exemple le cas dans certaines Maisons de service au public (MSAP) qui, en fonction des besoins sur leur territoire, cherchent à favoriser les déplacements vers les services en milieu rural, notamment dans le cadre d'un partenariat avec une aide à domicile en milieu rural (ADMR) (MSAP de Lacaune, dans le Tarn ou encore MSAP d'Ayen en Corrèze qui propose des offres de covoiturage facilitant l'accès aux services environnants).

Des aides à la mobilité sont également prévues dans le cadre du nouveau plan d'actions pour la rénovation du dépistage organisé du cancer du sein pour lutter contre les difficultés d'accès géographique. Il s'agira notamment d'aides à la mobilité et d'accompagnements personnalisés, sur la base d'analyses géographiques fines et de détermination de l'accessibilité aux ressources : localisation des centres de dépistage ; délai de rendez-vous.

Familles Rurales et le transport solidaire : une solution de mobilité et d'accès aux services de santé pour les femmes isolées

Dans les territoires ruraux et périurbains, l'offre de transport public de proximité est bien souvent déficitaire, voire absente dans les zones les plus enclavées. Ceci représente une difficulté majeure pour leurs habitant.e.s, et en particulier les jeunes, les personnes âgées, et plus largement l'ensemble des personnes n'ayant pas la possibilité d'avoir un véhicule personnel. Cette situation peut concourir à développer l'exclusion et le repli et accroître le sentiment de délaissement d'une partie de la population. Afin de trouver des solutions, Familles Rurales a mis en place dans une douzaine de départements un système de « transport solidaire ». Il s'agit d'une activité de transport à la demande assurée par un.e chauffeur.e bénévole. C'est un service d'utilité sociale non lucratif, les seuls frais dont s'acquittent les bénéficiaires étant le remboursement des frais kilométriques pour le/la chauffeur.e (carburant essentiellement).

En Seine-et-Marne, l'association « Familles Rurales entraides mobilité », spécialisée dans le transport solidaire, constate que plus de trois quarts des trajets qu'elle assure sont liés à la santé : visite chez le médecin, hôpital, etc. De plus, la majorité des utilisateur.rice.s sont des femmes, âgées, parfois seules et qui ne conduisent pas.

Le gouvernement a reconnu la pertinence et la nécessité du « transport d'utilité sociale » à l'occasion du comité interministériel aux ruralités du 20 mai 2016, avant de lui donner un cadre juridique à travers la loi du 29 décembre 2016 relative à la régulation, à la responsabilisation et à la simplification dans le secteur du transport public particulier de personnes.

Un partenariat innovant entre centre socio-culturel, MSAP et lieux de soins pour faciliter l'accessibilité des soins : la maison de services au public du canton de Varzy dans la Nièvre

Avec une population de 4 406 habitants en 2013, la communauté de communes du Val du Sauzay dans la Nièvre se caractérise par une part importante de personnes isolées aux revenus précaires, une difficulté d'insertion des jeunes et un faible taux d'emploi des femmes. Située sur un territoire rural, entourée de communes très peu denses, la communauté de communes doit répondre aux enjeux d'accès aux services et de mise en lien des habitant.e.s pour pallier l'isolement.

Localisé au sein des mêmes locaux que la maison de santé pluri-professionnelle et le centre médico-psychologique (CMP), le centre socio-culturel du canton de Varzy a été reconnu Maison de services au public (MSAP) depuis 2014. Le centre socio-culturel et la Maison de services au Public entrecroisent leurs actions pour favoriser l'accessibilité aux services et le tissage de liens sociaux dans la communauté de communes.

Formé par les organismes partenaires (CPAM, MSA, CAF...) via le réseau porté par la fédération des centres sociaux de la Nièvre, en lien avec la préfecture et le conseil départemental, l'agent d'accueil de la MSAP assure une mission d'information de premier niveau sur la thématique santé (guidage administratif, ouverture de droits, répertoire des professionnel.le.s de santé...) et oriente administrativement et géographiquement les personnes vers les bons interlocuteur.ice.s en fonction des demandes (indication des services de soins à proximité, information sur les permanences assurées par la maison de santé et le centre médico-psychologique). Les habitant.e.s peuvent ainsi être orienté.e.s vers la maison de santé et/ou le CMP situés dans les mêmes locaux et avec lesquels le centre socio-culturel et la MSAP travaillent étroitement.

Dans l'optique de lever les freins à la mobilité, le centre socio-culturel en lien avec la MSAP, propose une offre de transport collectif, sans participation financière, à destination des habitant.e.s de la communauté de communes et nommant celles et ceux souhaitant se rendre aux rendez-vous médicaux assurés par la maison de santé et le CMP.

Garantir l'accessibilité pour les femmes en situation de handicap

L'accessibilité des centres de soin ne dépend pas seulement de la localisation géographique des locaux, mais également de leur aménagement. Parce qu'handicap rime bien souvent avec précarité, la non accessibilité aux personnes handicapées des centres de soins et cabinets médicaux et paramédicaux constitue un frein dans l'accès aux soins. L'Association des Paralysés de France (APF) estime que « la moitié des cabinets médicaux et paramédicaux restent incapables d'accueillir des handicapés ». Cela tient à deux paramètres : l'inaccessibilité des cabinets de consultation (absence d'ascenseur, etc.) et l'inadaptation des moyens matériels nécessaires à la consultation (par exemple, absence d'une table d'examen adaptée).

La méconnaissance du handicap par les professionnel.le.s de santé est un autre obstacle à l'accessibilité des soins gynécologiques. Face à ces obstacles, de nombreuses femmes abandonnent : « Parmi mes patientes, seule 10 % bénéficient d'un suivi gynécologique », déclare Béatrice Idiard-Chamois, sage-femme à la consultation « Handicap et Parentalité » de l'Institut mutualiste Montsouris (IMM)¹⁸⁴.

« Les personnes handicapées paraissent plus exposées que les autres, que le reste de la population, non seulement du fait de leur handicap, qui quelquefois les prédispose peut-être un peu plus et leur donne des risques un peu plus élevés, mais également du fait de la prise en charge souvent insuffisante et souvent inadéquate. Les raisons de cette situation sont multiples : la mauvaise accessibilité des lieux de soins, il faut y travailler très sérieusement, il y a une loi qu'il va falloir respecter, ou la coordination des intervenants entre les secteurs médico-sociaux et sanitaires. »

Marie-Arlette CARLOTTI,
Ministre déléguée auprès du ministre des Affaires sociales et de la Santé,
chargée des Personnes handicapées et de la Lutte contre l'exclusion (mai 2012 - mars 2014) –
séminaire sur l'accès aux soins des personnes handicapées, 15 janvier 2013

184 - ROUFF Katia, Femmes handicapées, les oubliées de la prévention, Vie pratique Santé, n°717, mars 2013.

En 2005, la loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, dans son article 41, avait initialement fixé au 1^{er} janvier 2015 l'obligation d'accessibilité des établissements recevant du public et des transports publics :

« Les établissements existants recevant du public doivent être tels que toute personne handicapée puisse y accéder, y circuler et y recevoir les informations qui y sont diffusées, dans les parties ouvertes au public. L'information destinée au public doit être diffusée par des moyens adaptés aux différents handicaps. »

L'ordonnance du 26 septembre 2014, définitivement ratifiée par le Parlement le 21 juillet 2015, a instauré de nouveaux délais : de 3 ans pour les établissements pouvant accueillir jusqu'à 200 personnes (soit le 1^{er} janvier 2018), à 9 ans pour les établissements de grande capacité (1^{er} janvier 2024).

Développer la démarche d'« aller vers » les femmes les plus éloignées du système de soins

Les freins dans l'accès aux soins des femmes en situation de précarité tiennent à la fois d'une distance géographique et symbolique. Pour réduire les inégalités, les pouvoirs publics comme des associations développent des dispositifs visant à aller à leur rencontre afin d'informer, prévenir et soigner au plus près des publics prioritaires, notamment via des équipes mobiles de professionnel.le.s.

Partant du constat que les troubles psychologiques et psychiatriques peuvent invalider l'adaptabilité sociale, et entraîner une installation de la précarité, les équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) ont pour mission d'aller au-devant des personnes en situation de précarité ou d'exclusion, qu'elles soient accueillies en institutions sociales ou qu'elles soient à la rue, afin de faciliter la prévention, le repérage, l'orientation et l'accès aux dispositifs de soins. 120 équipes sont aujourd'hui déployées sur tout le territoire et, en Ile-de-France, les femmes représentent 44 % des personnes accompagnées, selon la Direction générale de l'offre de soin (DGOS)¹⁸⁵.

Cette démarche de proximité est particulièrement plébiscitée pour les mesures de prévention des cancers du sein et du col de l'utérus dont on sait que l'accès est corrélé à l'environnement social :

- ▶ **Des « mammobiles »** : dans le cadre du nouveau plan d'action pour la rénovation du dépistage organisé du cancer du sein¹⁸⁶ déployé par l'Institut national du cancer (INCA), des expérimentations sont prévues pour lutter contre les difficultés d'accès géographique, parmi lesquelles des « mammobiles » destinées à réaliser des mammographies au plus proche des lieux de résidence ;
- ▶ **Des frottis réalisés à domicile** : faisant le constat que les femmes d'origine sociale modeste étaient moins bien suivies et dépistées du cancer du col de l'utérus, le centre de santé « La Place Santé » situé dans le quartier Arnaud BERNARD à Toulouse relève le manque de relai important des informations concernant le dépistage du cancer du col de l'utérus et expérimente, depuis trois ans, un protocole de coopération entre l'infirmière du centre de santé et les médecins afin qu'elle puisse pratiquer des frottis cervico-utérin directement au domicile des femmes, avec leur accord. L'objectif est d'élargir le panel des professionnel.le.s qui réalisent ce type d'actes et d'aller au plus près des femmes ;
- ▶ **Des rencontres et des bus itinérants** : « Pour entrer en contact avec les femmes les plus éloignées des soins et du système de santé, il faut aller à leur rencontre ! » : afin de toucher les femmes précaires « invisibles », celles qui ne se rendent pas dans les dispositifs de droit commun mais qui ne font pas partie des publics prioritaires des associations centrées sur la très grande précarité, l'association pour le développement de la santé des femmes (ADSF) organise des rencontres de quartier sur la santé des femmes. Un « bus itinérant » est installé à proximité de l'événement pour que les femmes qui le souhaitent puissent réaliser un frottis cervico-utérin sans prise de rendez-vous et sans se déplacer ;

¹⁸⁵ - Audition devant le HCE de KURTH Thierry, adjoint au chef de bureau des prises en charge post aiguës, pathologies chroniques et santé mentale, DGOS, le 25 janvier 2017.

¹⁸⁶ - Plan d'action pour la rénovation du dépistage organisé du cancer du sein, avril 2017.

- **Des maraudes à destination des femmes sans domicile** : l'ADSF met également en place, depuis le 1^{er} mars 2014, des maraudes auprès des femmes les plus démunies, vivant dans les hôtels d'hébergement d'urgence, des squats, des bidonvilles, ou à la rue. Les bénévoles proposent écoute, soutien, information et examens et orientent les femmes vers l'offre de soins existante pour une prise en charge optimale en matière de grossesse, de prévention des infections transmissibles, des grossesses non désirées. Selon son fondateur, Bernard GUILLON, gynécologue-obstétricien, « *la plupart du temps ces femmes n'avaient jamais fait de frottis ou pas depuis 10 ans* ». Les maraudes sont organisées dans les 18, 19 et 20^{ème} arrondissements de Paris ainsi que dans le 93 et le 94. Chaque maraude est composée d'une équipe de trois personnes minimum : un.e médecin ou un.e sage-femme, un.e bénévole social.e et un.e chauffeur.e.

Plus d'informations : adsfasso.org

Ce type d'actions et de démarches, souvent impulsées par le secteur associatif, mériteraient d'être étendues. Leur intérêt pour la réduction des inégalités d'accès aux soins a d'ailleurs été mis en avant dans le dernier Plan d'action pour la rénovation du dépistage organisé du cancer du sein qui prévoit le financement « d'expérimentations visant à réduire les inégalités d'accès ou de recours au dépistage via un appel à projets de recherche interventionnelle » d'ici à 2019¹⁸⁷.

Recommandation n°13 : Garantir l'accès aux structures de soins, notamment en :

- encourageant et finançant la création de centres municipaux ou intercommunaux de santé dans les déserts médicaux ;
- créant des unités de soin mobiles dans les déserts médicaux, axées prioritairement sur la prévention en gynécologie, dentaire et ophtalmologie ;
- rappelant les obligations de mise en accessibilité pour les personnes handicapées des centres de soins et cabinets médicaux et paramédicaux ;
- développant la prise en charge des déplacements en transports en commun et les initiatives de co-voiturage pour se rendre aux services spécialisés les plus proches.

Recommandation n°14 : Favoriser la réalisation d'actes à domicile (frottis...) par la généralisation de protocoles de coopération, soumis à la validation de la Haute Autorité de Santé, pour des transferts de compétences entre médecins, infirmier.e.s et sages-femmes pour « aller vers » les femmes les plus éloignées du système de santé.

187 - Plan d'action pour la rénovation du dépistage organisé du cancer du sein, avril 2017, p.11.

b. Développer une approche en santé globale et communautaire

Afin de proposer une offre de soins la plus adaptée aux femmes en situation de précarité, des initiatives participatives et de proximité sont nécessaires. Depuis plus de vingt ans, des professionnel.le.s, notamment associatif.ive.s, innovent dans leur manière d'accueillir et de soigner, en prenant en compte l'aspect social et environnemental et font office de laboratoire pour penser de nouvelles interactions entre patient.e.s et médecins.

Cette approche globale de la santé est portée par des professionnel.le.s de santé et des travailleur.euse.s sociaux.ales, en particulier au sein de centres de santé municipaux et associatifs qui souhaitent « repenser la médecine de premier recours »¹⁸⁸ et revendiquent, pour certains, une « approche en santé communautaire ». L'Association Communautaire Santé Bien-être (ASCBE) fait office de précurseur. Présente sur le quartier du Franc-Moisin à Saint-Denis depuis près de vingt ans, elle a ouvert, en 2011, le centre de santé « la Place Santé ». D'autres initiatives de ce type existent, à Toulouse et à Echirolles notamment.

Issue du Canada, également développée en Belgique ou en Espagne, l'approche en santé communautaire promeut une approche transversale et globale de la santé dans un objectif de réduction des inégalités sociales de santé. Elle articule la prévention, l'accès aux droits et le soin, en partant des besoins des usager.e.s et en s'appuyant sur la médiation sanitaire¹⁸⁹.

Au vu des spécificités des femmes en situation de précarité précédemment évoquées (moindre accès aux droits, moindre recours à la prévention, impact des conditions de travail et de vie sur la santé), cette approche médico-sociale apparaît comme un levier à développer.

L'expérience des centres de santé et leurs pratiques visant à renforcer l'accès aux soins ont notamment été formalisées dans le référentiel de la Haute Autorité de Santé concernant l'évaluation des centres de santé publié en février 2017¹⁹⁰.

188 - Audition de la D^{re} CHAABAN devant le HCE, 16 novembre 2016.

189 - Délégués du Gouvernement, relais entre État, habitants et acteurs locaux - Retour sur l'expérimentation, Livre vert, avril 2017, p.71.

190 - HAS, Service Qualité de l'Information Médicale, Référentiel d'évaluation des centres de santé, Février 2007.

Centre de Santé associatif « La Place Santé », Quartier du Franc-Moisin à Saint-Denis (93)
Une offre de santé dans une optique citoyenne et au plus près des besoins des habitant.e.s

Axes clés	1. Favoriser l'accès aux droits et à la santé ► Diagnostic initial : méconnaissance des droits, difficultés de compréhension, etc. ► Rôle de l'équipe de médiation dans l'appui aux démarches administratives et accompagnement spécifique des personnes au RSA 2. Permettre l'accès aux soins de proximité ► Adaptation aux besoins spécifiques des habitant.e.s, en s'appuyant sur le « Comité d'Habitants Usagers Citoyens » (CHUC) ► Anticipation de la diminution en offre de soin sur le département 3. Prévenir et promouvoir la santé sur le territoire dans une approche de santé positive, globale et participative ► Articulation de l'offre de soin avec des actions de prévention/promotion de la santé ► Renforcement des compétences psychosociales 4. Travailler en réseau pour proposer des parcours de santé de proximité accompagnés pour les plus vulnérables ► Travail en équipe pluri-professionnelle ► Dynamique d'échanges avec le quartier ► Partenariats : centre de protection maternelle et infantile (PMI), médecins libéraux, centre de planification et d'éducation familiale (CPEF), hôpital, etc. 14 847 consultations et 86 visites à domiciles réalisées en 2016.
Moyens humains	Équipe salariée : 18 personnes (16.42 ETP) = ► pôle accompagnement psycho-social / parcours de santé : 1 coordinatrice santé, 4 médiatrices, 1 musicothérapeute ► pôle médical : 6 médecins généralistes dont un coordinateur médical ► fonction d'accueil : 3 agent.e.s d'accueil et d'administration ► administration : 1 directrice, 1 agent.e.s administratif.ive.s, 1 agent.e.s d'entretien Les salaires représentent 78 % des dépenses.
Ressources financières	Budget global annuel : 1 021 839 € en 2016 ► Consultations médicales = 46% ► Subvention de fonctionnement et sur projets : 54 % (dont Etat : 41% ; collectivités : 38% ; fondations privées : 5% et contrats aidés : 16%).
Dispositifs spécifiques	Santé sexuelle et reproductive : 3 médecins possèdent un DU de gynécologie/ régulation des naissances : ► suivi gynécologique et panel complet de contraception proposé ► dépistage des IST ► suivi de grossesse jusqu'au 3^{ème} trimestre avant redirection vers le CH Delafontaine (projet en cours sur le suivi des femmes précaires en périnatalité, lien fait avec la sage-femme de PMI si besoin) ► visites post-natales ► IVG médicamenteuses réalisées (plaquette informative à destination des professionnel.le.s du quartier, réalisation facilitée des échographies de datation en ville) ► Plaquette d'information sur le frottis réalisée conjointement avec des habitantes du quartier Violences faites aux femmes : 1 médiatrice et 2 médecins référent.e.s sur ces questions, en lien avec l'Observatoire des violences envers les femmes (93) ► Répertoire constitué de partenaires sur le territoire pour favoriser l'accompagnement des femmes victimes ► Discussions sur le thème de l'excision proposée à toutes les femmes concernées avec réorientation vers les associations spécialisées ou services de chirurgie réparatrice si elles le souhaitent. Ateliers de prévention/promotion de la santé : ► « bien-être ensemble » : moments de convivialité entre les femmes du quartier, temps d'échange avec un.e intervenant.e extérieur.e sur une thématique de santé ► « un temps pour soi » : bien-être et relaxation pour un groupe de femmes prises dans les contraintes familiales ► ateliers cuisine : présence parents/enfants pour un travail sur les connaissances, habitudes et pratiques alimentaires avec l'intervention d'une diététicienne ► journée thématique « hors-les-murs » à l'occasion d'octobre rose : sensibiliser les femmes au dépistage du cancer du sein Santé des jeunes filles : projet en cours ciblé sur les 15-20 ans, jeunes qui sont dans la tranche d'âge qui consulte le moins à la Place Santé, le « point invisible ».
Contacts	MENARD Didier, Président de l'Association communautaire, Santé, Bien-être (ACSBE) HENRY Emilie, Directrice de la Place Santé http://acsbe.asso.fr

Centre de santé associatif « La Case de Santé », Quartier Arnaud Bernard à Toulouse (31)
Repenser la médecine de premier recours par une approche globale de la santé,
une équipe coordonnée et non hiérarchisée

Axes clés	1. Agir contre les inégalités sociales de santé ▶ pôle accès aux droits et permanence téléphonique ; ▶ consultations longues : entre 30 et 45 minutes permettent de donner des informations (contraception, prévention des cancers, etc). 2. Une approche en santé communautaire : partir des besoins identifiés sur le quartier pour s'adapter 3. Un travail de plaidoyer au-delà du centre
Moyens humains	Équipe salariée : 14 personnes ▶ pôle accompagnement psycho-social / parcours de santé : 2 médiateur.rice.s, 4 travailleur.euse.s sociaux.ales ; ▶ pôle médical : 4 médecins généralistes, 1 psychologue, 1 infirmier, 1 sage-femme ; ▶ fonction d'accueil : 1 coordinateur en santé. Toutes sont salariées de l'association.
Dispositifs spécifiques	Santé sexuelle et reproductive : ▶ dépistage du cancer du col de l'utérus : tou.te.s les médecins sont formé.e.s au dépistage du cancer du col de l'utérus, appuyé.e.s par des personnes relais dans le quartier ; ▶ Les frottis peuvent également être réalisés par l'infirmière, au centre, ou à domicile des femmes ▶ IVG médicamenteuses réalisées : partenariat avec l'ANCIC et l'hôpital Joseph Ducoing, possibilité de réaliser les échographies sur place, protocole standardisé diffusé aux médecins généralistes du quartier pour faciliter l'accès ; ▶ contraception : tout le personnel est formé sur cette question par le Planning Familial 31, organisation par les médiatrices en santé d'une semaine à thème pour encourager les femmes à échanger. Violences faites aux femmes : Toute l'équipe est formée par l'APIAF (Association Promotion Initiatives Autonomes des Femmes) qui gère un centre d'hébergement à Toulouse. Ateliers de prévention/promotion de la santé : organisation de temps conviviaux qui au-delà des questions de santé (« La cantine des femmes » tous les samedis) qui permettent aux femmes de se retrouver en non-mixité.
Contacts	http://www.casedesante.org

Partir des besoins identifiés par les usagères elles-mêmes

La Charte de promotion de la Santé signée par l'Organisation mondiale de la Santé à Ottawa en 1986 valorise « la participation effective et concrète de la communauté à la fixation des priorités, à la prise des décisions et à l'élaboration et à la mise en œuvre des stratégies de planification en vue d'atteindre une meilleure santé. ». Cette vision participative de l'élaboration des politiques de santé est également celle privilégiée, au niveau local, par les centres de santé s'attachant à une approche en santé globale et communautaire.

Afin d'identifier les besoins des habitant.e.s du quartier, le centre de santé « La Place Santé » s'appuie sur un Comité d'Habitant.e.s Usager.e.s Citoyen.ne.s (CHUC) qui vise à faire remonter les difficultés et les nécessités des patient.e.s. Une majorité de femmes composent le CHUCS ; elles sont également des personnes relais, dans le quartier, pour parler des projets de prévention et des actions (ateliers « santé bien-être », journée thématique...) mises en œuvre au sein du centre.

C'est également l'objectif du projet en cours mené par l'association autour de la santé des jeunes femmes : ayant constaté que les jeunes femmes âgées de 15 à 20 ans sont celles qui consultent le moins à la Place Santé, une recherche vise à mieux identifier leurs besoins et leurs représentations en matière de santé.

L'organisation de journées nationales de la participation en santé en quartier populaire par l'association ACSBE (St Denis) et le pôle de santé Chambéry Nord, les 21 et 22 septembre 2017, vont également dans ce sens. L'objectif est notamment d'outiller les professionnel.le.s des structures de soins de premier recours implantées dans les quartiers populaires (MSP, Pôles de santé, centres de santé,) en vue de favoriser l'implication des habitant.e.s à différents niveaux (ex : gouvernance, projet de santé, programme d'éducation thérapeutique du/de la patient.e...).

Ces journées permettront de réfléchir collectivement sur plusieurs grandes questions : Quelle place les habitant.e.s et les usager.ère.s peuvent-il prendre dans les projets de santé et de quelle manière peuvent-ils y participer ? Quel est l'impact de la participation en santé sur les pratiques professionnelles ? Quel peut être le rôle de la médiation en santé dans la mobilisation et la participation des habitant.e.s et des usager.ère.s ?

Partir des besoins des habitantes : l'action déployée par Moderniser Sans Exclure Sud

L'action déployée en 2016 par l'association Moderniser Sans Exclure Sud vise à permettre l'expression de plusieurs groupes de femmes et de professionnel.le.s du 15^{ème} arrondissement de Marseille sur les questions de santé : ressources, freins, possibilités d'accès aux soins et propositions d'amélioration des moyens en présence...

MSE Sud intervient depuis plus de 20 ans dans les domaines de lutte contre toutes les formes d'exclusion et de discrimination. Pour entreprendre toute action, l'association s'appuie sur un principe de base : les politiques publiques doivent être conduites AVEC les personnes, plutôt que POUR elles.

« Moderniser sans exclure Sud » met en œuvre une démarche d'expression particulière, « l'automédiatisation », qui permet, par la vidéo, de susciter et/ou d'accompagner des changements de points de vue, de pratiques.

L'action de l'association se déploie en 4 temps :

Initialisation : Informer pour s'engager

Une réunion d'information précise le cadre et les enjeux de cette action avec les professionnel.le.s et acteur.rice.s de terrain, qui par la suite relayeront la proposition auprès des habitantes avec lesquelles ils.elles travaillent.

Expression : Se filmer pour aider à dire

A partir d'un engagement volontaire des habitantes, deux groupes seront constitués. Chaque séance de travail sera filmée, montée, visionnée et validée par les participantes.

Enrichissement : Montrer pour en débattre

Des rencontres entre les groupes sont organisées pour échanger à partir de leur film. Les échanges de ce temps collectif permettent la mise en commun, le débat et la co-construction de propositions concrètes.

Diffusion

Un film de synthèse est réalisé à partir des étapes précédentes, proposé à validation de l'ensemble des participant.e.s. Différentes possibilités de diffusion sont envisagées : auprès d'autres habitant.e.s, professionnel.le.s, acteur.rice.s et décideur.euse.s en matière de santé publique, futurs praticien.ne.s (écoles, organismes de Formation...).

Prendre en charge les patient.e.s de façon globale

Cette démarche repose sur une équipe pluridisciplinaire avec pour objectif de prendre en charge dans sa globalité toute personne se présentant pour des soins, en prenant en compte tant l'aspect social que l'environnement dans lequel elle évolue, en cohérence avec la définition de la santé retenue par l'Organisation mondiale de la santé : « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ».

La Haute Autorité de Santé, parmi les 16 critères retenus dans son référentiel d'évaluation des centres de santé¹⁹¹ valorise la prise en charge globale des patient.e.s et la définit comme suit :

« La prise en charge globale de la personne peut comprendre la participation à des actions de prévention (y compris l'information en santé, les actions de dépistage), l'éducation à la santé (y compris l'éducation thérapeutique) et les soins. Elle prend en compte les données d'environnement familial et social. »

191 - HAS, Service Qualité de l'Information Médicale, Référentiel d'évaluation des centres de santé, Février 2007, p.14.

Ainsi, au-delà du motif de la consultation médicale, cette approche globale prend en considération les conditions de travail, de logement, la situation familiale de la personne, son bien-être psychique. C'est dans cet optique que des centres de santé ont mis un place, au moment du premier rendez-vous, un entretien, avant toute consultation, pour mieux connaître l'environnement du/de la patient.e et que celui-ci soit pris en compte par le médecin.

À la Case de Santé (Toulouse), ce premier accueil est réalisé par deux « promoteur.ice.s de santé » (une femme et un homme) qui reçoivent toute personne qui se présente au centre : ils.elles prennent le temps d'informer sur la structure et sur les activités qui s'y déroulent. Leur bureau est parfois un prolongement de ce qui se passe dans le quartier. Ils sont « la première ligne de la première ligne », les garant.e.s de la convivialité du lieu. Ils.elles décodent les motifs de consultation, les maux derrière lesquels se cachent des problèmes sociaux et dépistent les mauvaises conditions de vie, les violences de genre (travail, conjugale...) et élaborent des stratégies de réponse aux problématiques relevées. En général, ils.elles privilégient la mobilisation de l'entourage, des proches et la restauration des capacités de réaction de la personne concernée. Véritables relais en santé, ils.elles renseignent aussi les habitant.e.s et les passant.e.s sur les structures de santé existantes à Toulouse et orientent en fonction des besoins. Ils.elles ont une solide connaissance du quartier Arnaud Bernard.¹⁹²

Approche pluri-professionnelle et échanges sur les pratiques

L'approche transversale des centres de santé pluri-professionnels est nécessaire à cette approche globale car elle permet de coordonner l'action des différent.e.s professionnel.le.s de santé (médecine généraliste et spécialisée).

À titre d'exemple, le centre municipal de santé Louise MICHEL de Romainville réunit, dans un même lieu, dix cabinets médicaux (médecine générale et spécialisée) et différents services : infirmier, kinésithérapie, dentaire, prévention, diététique, une consultation psycho-traumatique et un centre de planification.

Un système informatique des informations, avec un dossier global pour chaque patient.e, notamment sur le suivi social, permet une continuité de prise en charge entre les différent.e.s professionnel.le.s, à l'instar de celui mis en place par la Place Santé à Saint-Denis ou le centre de santé de Villejuif.

L'articulation des professionnel.le.s passe également par des réunions régulières d'échanges et de partage de pratiques. C'est dans cette optique que les médecins de la Place Santé sont salarié.e.s à l'heure et non à l'acte, afin de permettre et de financer ces temps « hors soins ».

La formation collective des équipes est également un levier : l'ensemble des professionnel.le.s de la Case de Santé (Toulouse), depuis les médecins jusqu'aux médiateur.ice.s de santé, en passant par la secrétaire d'accueil, a été formé sur la contraception par le Planning familial et sur les violences faites aux femmes par l'association APIAF (Association Promotion Initiatives Autonomes des Femmes), qui gère un centre d'hébergement pour les femmes victimes de violences.

Enfin, il apparaît nécessaire que les femmes en situation de précarité soient accompagnées tout au long de leur parcours de soin pour éviter les ruptures et les renoncements. À l'instar du dispositif déjà existant pour le suivi des patient.e.s atteint.e.s de maladies chroniques, le centre municipal de santé de Villejuif a mis en place des référent.e.s uniques pour éviter que les patient.e.s en situation de précarité « ne décrochent ou se perdent dans le parcours de santé »¹⁹³. Le.la référent.e, qui peut être le.la médecin traitant ou un.e professionnel.le non médical, fait le lien entre le.la patient.e et les différent.e.s professionnel.le.s rencontré.e.s au sein et en dehors du centre de santé, notamment pour s'assurer que les RDV sont pris, et possibles dans des délais raisonnables, et qu'ils sont honorés.

Le Haut Conseil à l'Égalité recommande la désignation d'un.e « référent.e unique » pour chaque patient.e et la mise en place du dossier médical partagé pour faire le lien entre les différent.e.s praticien.ne.s et éviter les ruptures de parcours de soins.

Toutes ces actions collectives demandent un investissement humain et financier. À titre d'exemple, les médecins de la Place Santé à Saint-Denis travaillent 35 heures par semaine (30 heures de soin / 5 h de hors soins : encadrement d'activités, ateliers, réunions avec la PMI, intervention d'éducation à la sexualité...). Des moyens sont donc nécessaires car les paiements à l'acte ne suffisent pas pour ces structures atypiques, souvent en difficultés financières.

192 - http://www.casedesante.org/lacase_acces.html

193 - Entretien avec la D^{re} IBANEZ Gladys, médecin au centre municipal de santé de Villejuif (94).

L'assurance maladie finance ce travail en interdisciplinarité (logiciel commun, réunions entre professionnel.le.s, actions en santé publique hors les murs...) dans le cadre d'un règlement arbitral signé en février 2015, destiné aux maisons de santé libérales et aux centres de santé associatifs qui mettent en place ce type d'actions. Néanmoins, le modèle financier de ces structures nécessitent toujours d'être précisé et pérennisé.

Recommandation n°15 : Accompagner les patientes en situation de précarité tout au long de leur parcours de soin et assurer un suivi entre les professionnel.le.s via :

- ▶ la désignation, au sein de la structure de soins, d'un.e « référent.e unique » pour le suivi des patient.e.s en situation de précarité ;
- ▶ la mise en place du dossier médical partagé pour faire le lien entre les différent.e.s praticien.ne.s et éviter les ruptures de parcours de soins, comme le prévoit la loi pour la modernisation de notre système de santé.

Promotion de l'accès aux droits

L'articulation médico-sociale est un pilier de cette approche globale des soins, partant du principe que l'environnement social impacte la santé et vice-versa.

C'est pourquoi il apparaît nécessaire de proposer un accompagnement dans les démarches administratives, que ce soit dans l'ouverture des droits en santé (AME, CMU-C et ACS notamment) ou dans la connaissance des droits sociaux (CAF, accès à un logement social...).

La Case de Santé à Toulouse s'est dotée d'un pôle « Accès aux droits » composée de travailleur.euse.s sociaux qui accueillent 30 personnes par jour en moyenne et d'une ligne téléphonique dédiée.

Consultations médicales volontairement plus longues

« Il faut reconstruire l'image de soi, le rapport au temps, l'écoute de son corps, etc. avant d'arriver à être efficaces sur la santé »

D^r Bernard GUILLON,
fondateur de l'Association pour le développement
de la santé des femmes

Les médecins rencontré.e.s par le HCE valorisent l'importance de consultations plus longues qui permettent de donner une large place à l'échange et à l'information.

À Toulouse, au sein de la Case de Santé, la D^{re} CHAABAN valorise des consultations dont la durée est fonction des besoins du.de la patient.e, de 30 à 40 minutes, afin de pouvoir faire émerger les problématiques propres à la personne et avoir le temps donner des informations, sur la contraception ou la prévention des cancers par exemple.

La Place Santé à Saint-Denis se base sur une consultation de 20 minutes en moyenne, 15 minutes pour les urgences.

L'accueil des patient.e.s en situation de précarité demande plus de temps, pour ces centres de santé innovants comme dans toutes les structures d'accès aux soins. C'est pourquoi le ministère de la Santé contribue, dans le cadre d'une dotation pour les missions d'intérêt général (MIG), aux dépenses spécifiques liées à la prise en charge des patient.e.s en situation de précarité par des équipes hospitalières. Pour les établissements recevant beaucoup de patient.e.s en situation de précarité (à partir de 10 % de bénéficiaires CMUC/AME accueilli.e.s), la « MIG précarité » vise à compenser les surcoûts organisationnels et structurels générés par l'accueil des populations. Cette compensation, de 40 000 euros pour les petits établissements hospitaliers, s'élève à 220 millions d'euros par an, dont 60 millions d'euros dédiés aux Permanences d'Accès aux Soins de Santé PASS¹⁹⁴.

194 - Audition DGOS, KURTH Thierry, Adjoint au Chef du Bureau prises en charge post aigües, pathologies chroniques et santé mentale 25 janvier 2016.

Partenariats locaux et actions de sensibilisation hors les murs

Eviter les ruptures dans les parcours de soin, assurer le relais entre la médecine de ville, le réseau associatif et l'ensemble du réseau d'accès aux droits aux soins, passe notamment par des partenariats. Quelques exemples :

- ▶ La Place Santé (Saint-Denis) organise des réunions tous les 3 mois avec le centre de protection maternelle et infantile (PMI) du quartier, des réunions entre les médecins et des hôpitaux à proximité et est en lien régulier avec l'association Médecins du monde et la PASS de Saint-Denis pour évoquer les cas de patient.e.s, notamment étranger.e.s, qui n'ont pas de droits ouverts ;
- ▶ La Case de Santé (Toulouse) dispose de partenariats avec l'hôpital Joseph DUCOING et l'Association Nationale des Centres d'IVG et de Contraception (ANCIC) pour faciliter l'accès aux IVG médicamenteuses. Le centre a également élaboré un protocole standardisé qui est diffusé aux médecins généralistes du quartier ;
- ▶ Le Centre municipal de santé de Romainville entretient un partenariat privilégié avec l'association SOS femmes 93 pour une prise en charge rapide des femmes victimes de violences reçues au centre ;
- ▶ Le centre de santé de Villejuif (94) s'appuie sur le réseau SOLIPAM, réseau de santé en périnatalité, pour accompagner les femmes enceintes et leurs enfants en situation de grande précarité en Ile-de France.

L'objectif de réduction des inégalités sociales de santé et de sensibilisation hors les murs de ces centres passe aussi par des interventions dans les établissements scolaires environnants (sensibilisation des collégien.ne.s et lycéen.ne.s autour de la sexualité et la contraception), des animations dans la ville et l'organisation de débats et conférences.

Ces structures se veulent également ouvertes et formatrices pour les personnels extérieurs : le Centre de santé de Romainville est par exemple un lieu de stage pour les médecins généralistes en formation : 8 internes et 6 externes par année, formé.e.s en particulier sur l'accueil des femmes victimes de violences.

Réduire les freins symboliques et culturels

Les parcours et les conditions de vie des femmes en situation de précarité ont tendance à les éloigner du milieu médical : le non-recours aux soins des femmes en situation de précarité peut être lié à une distance symbolique vis-à-vis du milieu médical mais aussi à la barrière de la langue, au manque d'éducation sur le fonctionnement du corps ou encore aux représentations culturelles sur la santé et sur la santé spécifique des femmes. C'est par exemple le cas pour certaines femmes migrantes en difficultés sociales, qui n'osent parfois pas questionner, et qui, pour une part d'entre elles, ne comprennent pas toujours les démarches de soins proposées en France.

Il est donc également nécessaire de travailler à réduire cette distance symbolique qu'entretiennent les femmes aussi bien avec le milieu médical qu'avec leur propre corps, notamment en favorisant la présence d'un.e médiateur.ice en santé dans chaque structure de soin.

La médiation en santé : un pont entre médecins et patient.e.s à développer

La médiation en santé ou médiation sanitaire vise à améliorer l'accès aux droits, à la prévention et aux soins des populations en situation de précarité. C'est un outil adapté à leurs spécificités qui vise à faciliter leur accès dans le système de droit commun et qui constitue ; de l'avis des professionnel.le.s auditionné.e.s par le HCE, un véritable levier pour adapter au mieux la prise en charge médicale aux situations des femmes en situation de précarité.

Témoignage d'une médiatrice en santé :

« La médiation en santé, c'est faire le lien entre les personnes en difficultés et les institutions, les associations, les professionnels de santé. »

Haute Autorité de Santé, 2017

Le rôle de la médiation en santé a récemment été reconnu par la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016, dans son article 90 :

« La médiation sanitaire et l'interprétariat linguistique visent à améliorer l'accès aux droits, à la prévention et aux soins des personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins, en prenant en compte leurs spécificités. »

Saisie par la Direction Générale de la Santé (DGS), la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), la direction générale de la cohésion sociale (DGCS) et la Direction de la sécurité sociale (DSS), la Haute Autorité de Santé a élaboré, en février 2017, un référentiel de compétences, de formation et de bonnes pratiques sur la médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins¹⁹⁵. Elle y définit la médiation sanitaire comme suit :

« La médiation en santé est un champ d'application de la médiation en général. Le cœur de la médiation en santé est l'accès aux systèmes de prévention et de soins. La médiation en santé est une interface de proximité pour faciliter : d'une part, l'accès aux droits, à la prévention et aux soins, assurés auprès des publics les plus vulnérables ; d'autre part, la sensibilisation des acteur.rice.s du système de santé sur les obstacles du public dans son accès à la santé. Le.la médiateur.rice en santé crée du lien et participe à un changement des représentations entre le système de santé et une population qui éprouve des difficultés à y accéder. Il.elle est compétent.e et formé.e à la fonction de repérage, d'information, d'orientation. Il.elle a une connaissance fine de son territoire d'intervention, des acteur.rice.s et des publics.

La médiation est un processus temporaire de « l'aller vers » et du « faire avec » dont les objectifs sont de renforcer :

- ▶ *l'équité en santé en favorisant le retour vers le droit commun ;*
- ▶ *le recours à la prévention et aux soins ;*
- ▶ *l'autonomie et la capacité d'agir des personnes dans la prise en charge de leur santé ;*
- ▶ *la prise en compte, par les acteur.rice.s de la santé, des facteurs de vulnérabilité du public.*

Le travail du.de la médiateur.rice s'inscrit au sein d'une structure porteuse, en relation avec une équipe et des partenaires. »¹⁹⁶

Le rôle central des médiatrices en santé (ici au féminin puisque, dans les structures rencontrées, les postes étaient exclusivement occupés par des femmes) a été souligné à plusieurs reprises par les personnes auditionnées.

Au centre de santé situé dans le quartier du Franc-Moisin à Saint-Denis, les 4 médiatrices ont su développer un contact privilégié avec les femmes accueillies dans la structure et sont elles-mêmes issues du quartier. Elles animent notamment les ateliers auxquels participent exclusivement des femmes sur le bien-être et l'estime de soi, l'alimentation ou encore l'accès aux droits en santé.

Elles contribuent également à l'élaboration d'outils avec les femmes et, l'une d'elles cite par exemple le cas d'une plaquette destinée à sensibiliser les femmes sur le frottis cervico-utérin. Les femmes associées à cette élaboration ont fait part aux médiatrices de leur réticence à diffuser ou amener à leur domicile une plaquette qui comportait initialement un plan de coupe du vagin et ont préféré d'autres visuels.

Relais entre les médecins et les femmes, les médiatrices contribuent également à une meilleure compréhension de ce que les patientes perçoivent comme du « jargon médical ».

195 - HAS, Service évaluation économique et santé publique, La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins - Référentiel de compétences, de formation et de bonnes pratiques Février 2017.

196 - Version initiale modifiée par le HCE pour user du féminin.

Témoignage d'une médiatrice en santé :

« Beaucoup de femmes que nous recevons n'ont aucune connaissance des termes médicaux et du nom des actes. Frottis, dépistage, cela ne veut rien dire pour elles...elles disent "fouille moi le corps" ».

Rencontre à la Place Santé (Saint-Denis), 6 décembre 2016

L'une des médiatrices du centre, formée sur les violences de genre, est référente sur cette question. Elle dispose de fiches pratiques avec les adresses et numéros de téléphone des partenaires spécialisé.e.s et peut également accompagner les femmes, si elles le souhaitent, au commissariat.

Le rôle de la médiation sanitaire comme de l'interprétariat sont reconnus dans le nouveau plan d'action pour la rénovation du dépistage organisé du cancer du sein (INCA) qui précise, dans les perspectives à l'horizon 2018, que « pour lutter contre les freins d'ordre culturel, les modalités d'information seront diversifiées grâce aux leviers introduits par la loi de modernisation de notre système de santé : la médiation sanitaire et l'interprétariat linguistique ».

Le Commissariat Général à l'Égalité des Territoires estime également, dans un rapport paru en avril 2017¹⁹⁷, que la médiation en santé constitue une passerelle nécessaire pour faciliter le dialogue et la compréhension réciproque entre soignant.e.s et soigné.e.s, mais qu'il convient aujourd'hui de progresser vers une plus grande professionnalisation, qui passera notamment par « une reconnaissance statutaire de ce métier et par un diplôme », en précisant :

« Il ne faudra toutefois pas négliger la reconnaissance des savoirs issus de l'expérience, des capacités de médiation culturelle et de maîtrise des codes que seuls les agents issus des communautés peuvent développer. Il sera intéressant de mixer ces deux sources de recrutement.

Cela doit être mis en parallèle avec la nécessité, pour les acteurs traditionnels du soin notamment en secteur hospitalier, de s'orienter vers de nouveaux modes de communication, sans écrits ni langage complexes et de se former aux réalités de la grande précarité. »

Ainsi, si le rôle de la médiation en santé semble faire l'objet d'une formalisation et d'une valorisation récente, le Haut Conseil à l'Égalité encourage la reconnaissance des missions des médiateur.rice.s et le financement de postes, rémunérés à la hauteur des compétences requises.

Exemple d'outils élaborés dans le cadre de la médiation sanitaire :

MÉDECIN TRAITANT
Médecin de famille

Dr. _____
Rue : _____

PMI Vaccinarea copililor
Dr. _____

Vous pouvez écrire à la famille par courrier à :
Adresa unde primiți poșta

En l'absence d'interprète professionnel, pour un relais vous pouvez appeler :
Pentru a vorbi în limba franceză

ROMS ACTION

La « carte famille », réalisée par Roms Action dans le cadre du projet de médiation sanitaire en collaboration avec la plateforme Coordination Proximité santé. La remplir avec les personnes peut permettre de prendre un temps d'échange spécifique autour du rôle du/de la médecin généraliste en France, du lien avec la PMI. Elle vise à aider les personnes à expliquer le suivi de santé dont elles font l'objet lorsqu'elles consultent à l'hôpital ou aux urgences par exemple ou simplement leur permettre de garder les coordonnées exactes de leur médecin. Elle est rédigée dans les deux langues.

Recommandation n°16 : Favoriser et financer la présence de médiateur.rice.s en santé, chargé.e.s de faire le lien entre le système de santé et une population qui éprouve des difficultés à y accéder, dans les structures de soins.

197 - Délégués du Gouvernement, relais entre État, habitants et acteurs locaux - Retour sur l'expérimentation, Livre vert, avril 2017, p.72.

L'interprétariat linguistique : comprendre et se faire comprendre pour une meilleure efficacité en santé

Pour les femmes migrantes qui se trouvent dans une situation socio-économique précaire, les barrières linguistiques et culturelles s'ajoutent aux freins qui compliquent leur accès aux soins. Didier BOENO et Maëva JEGO-SABLIER, médecins généralistes exerçant dans le 3^{ème} arrondissement de Marseille¹⁹⁸, signalent notamment la difficulté de prendre un médicament quand on ne sait pas lire, avec des difficultés d'observance qui peuvent en découler.

Le secteur du soin a parfois recours, par nécessité, à des traductions approximatives ou compromettant l'intimité ou le secret médical (traduction par des proches, des enfants notamment). C'est pourquoi il semble nécessaire d'encourager, financer et permettre les partenariats nécessaires pour qu'une collaboration de qualité se fasse entre des acteur.rice.s de santé et des traducteur.rice.s/interprètes qualifié.e.s dans les termes médico-sociaux.

Selon la Case de Santé à Toulouse, si la mise en place de services d'interprétariat est coûteuse en temps et en argent, celle-ci génère rapidement une meilleure efficacité en santé (moindre coût, examens adaptés et non redondants, meilleure compréhension des problématiques, meilleur suivi des pathologies chroniques...), c'est à dire une meilleure qualité de service à un moindre coût pour la société.

Néanmoins, les consultations et les entretiens étant très longs, une rémunération à l'acte est complètement inadaptée (consultations de 1 heure en moyenne). Dans un quartier comme Arnaud Bernard, quartier de migrations (langue arabe et, récemment, langue bulgare), cette approche semble fondamentale, notamment pour les maladies chroniques et les problèmes de toxicomanies¹⁹⁹.

Les médiateur.rice.s en santé peuvent parfois avoir à remplir la fonction d'interprète. C'est le cas à la Case de santé où la médiatrice parle arabe, ou à la Place Santé, où les compétences linguistiques des 4 médiatrices permettent des traductions en une dizaine de langues et dialectes.

Les hôpitaux et les centres de santé peuvent également avoir recours à des services spécialisés existant localement tels que l'Association pour la promotion et l'intégration dans la région d'Angers (APTIRA), Inter-Services-Migrants Corum à Lyon, Inter-Services-Migrants à Paris ou encore Migrations Santé Alsace à Strasbourg.

La Case de Santé mobilise par exemple l'association « Inter-Services-Migrants » pour travailler avec des interprètes formé.e.s qui permettent de traduire, par téléphone, les interactions entre le.la patient.e et le.la professionnel.le, « dans toutes les langues imaginables », selon la D^{re} CHAABAN²⁰⁰.

Dans son « référentiel de compétences, de formation et de bonnes pratiques »²⁰¹, la Haute Autorité de Santé reconnaît le rôle primordial de l'interprétariat dans le domaine de la santé mais relève qu'en raison du « manque de financements spécifiques, le recours à l'interprétariat en santé est hétérogène en fonction des régions françaises, des secteurs d'activité (médecine de ville ou hôpital) et des types de professionnels [...] et que l'absence d'un mode clairement établi de financement de l'interprétariat professionnel rend l'accès à ce moyen de communication très difficile en médecine de ville ».

Exemple d'outils :



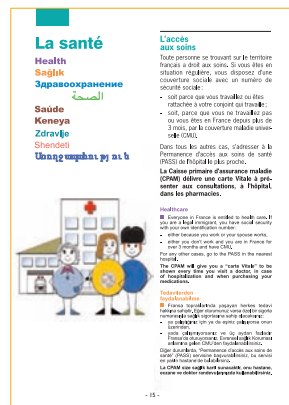
Le « **Petit manuel à usage des femmes d'ici venues d'ailleurs** », élaboré à l'initiative du Centre d'Information des Droits des Femmes et des Familles du Loiret est une initiative intéressante pour communiquer sur l'accès aux droits, il nécessite aujourd'hui une réactualisation.

198 - Rencontre.e.s le 23 février 2017.

199 - Site internet de la Case de santé : http://www.casesdesante.org/lacase_acces.html

200 - Audition devant le HCE, le 16 novembre 2016.

201 - HAS, Service évaluation économique et santé publique, Interprétariat dans le domaine de la santé- Référentiel de compétences, de formation et de bonnes pratiques, Février 2017.



Le guide régional d'accès aux droits pour les femmes nouvellement arrivées en France, traduit en 8 langues, a été impulsé par le département de la Meuse. La maquette de ce guide est libre de droit et peut être adaptable à d'autres territoires qui n'auraient qu'à ajouter des traductions dans des langues complémentaires en lien avec les langues étrangères identifiées sur leur territoire.

Adapter les horaires aux contraintes des femmes en situation de précarité

La temporalité est un frein pour les femmes précaires dans leur accès à la santé. En effet, leurs horaires de travail sont souvent fragmentés et irréguliers et elles passent parfois des heures dans les transports pour quelques heures de travail effectives, pour effectuer les procédures administratives et le soin de leurs enfants. Les horaires changeants d'une semaine à l'autre compliquent par ailleurs l'anticipation de rendez-vous médicaux, notamment lorsque les délais d'obtention sont très longs.

Cela est d'autant plus vrai pour les femmes hébergées, en hôtels sociaux par exemple, qui sont régulièrement déplacées. À titre d'exemple, le Docteur Bernard GUILLON, fondateur de l'association pour le développement de la santé des femmes (ADSF), cite le cas d'une femme, déplacée d'un hôtel social situé en Seine-Saint-Denis vers un autre hôtel dans le sud de l'Essonne, contrainte à 4 h de trajet quotidien en RER pour accompagner ses enfants à l'école, toujours scolarisé.e.s dans l'ancienne ville d'hébergement.

Les femmes dans la grande précarité, sans domicile fixe ou vivant dans un bidonville, ont également un rapport au temps perturbé et les rendez-vous ne sont pas toujours honorés. L'ADSF les accompagne dans la prise de rendez-vous.

Comme l'explique le D^r Bernard GUILLON, gynécologue-obstétricien et président de l'ADSF :

« C'est en particulier une question d'horaires : dans les bidonvilles par exemple, quelques services de la Protection Maternelle Infantile (PMI), de très bonne volonté, proposent des soins entre 9 heures et 12 heures, puis entre 14 heures et 17 heures. Or, à ces heures-là, les patientes ne sont pas dans leur lieu d'hébergement. Lorsqu'on parvient à prévoir des rendez-vous, souvent loin des lieux d'hébergement, les femmes sont confrontées à des difficultés de déplacement pour s'y rendre. Enfin, les situations de grande précarité, la désocialisation et le chômage s'accompagnent souvent d'une déstructuration du rapport au temps. Les patientes se présentent ainsi rarement à l'heure aux rendez-vous. L'offre de soins doit donc s'adapter pour ne pas avoir à refuser à des femmes des consultations dont elles ont besoin. Dans cette perspective, nous avons choisi de proposer des consultations ouvertes, sans rendez-vous ».

Audition devant le HCE, 6 décembre 2016

Le délai d'obtention d'un RDV médical et la disponibilité des femmes constituent d'ailleurs un facteur de renoncement aux soins plus fort pour les femmes que les hommes. Selon un rapport de l'observatoire du non-recours aux droits et services (ODENORE) paru en 2016²⁰², les délais pour avoir des RDV sont cités comme cause de renoncement par 10,3 % des hommes et par 13,3 % des femmes. 9,7 % des hommes évoquent un problème de disponibilité personnelle, ce qui est le cas de 12,1 % des femmes.

202 - ONENORE/PACTE/CNRS, Diagnostic quantitatif du renoncement aux soins des assurés de 18 Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM), 2016, p.38. Données sexuées fournies par REVIL Hélène, autrice du rapport.

Dans son référentiel d'évaluation des centres de santé²⁰³, la Haute Autorité de Santé valorise les solutions de prise en charge à tout moment :

« L'ampleur des plages d'ouverture, l'orientation vers d'autres structures aux heures où le centre est fermé, l'organisation pour répondre aux demandes de soins non programmés contribuent à la permanence des soins. Concernant les soins non programmés, bien que le fonctionnement sur rendez-vous soit habituel dans la majorité des centres de santé il ne peut pas être exclusif. Les centres de santé ont vocation à recevoir des patients pour des soins non programmés dans les disciplines de premier recours (médecine générale, et dans certains cas : laboratoire d'analyses, radiologie, etc.). »

Critère n°2-c du référentiel, février 2017

C'est pourquoi, s'appuyant sur l'expérience de centres de santé associatifs et municipaux, le Haut Conseil à l'Égalité préconise que soient réservées des plages horaires sans RDV, aussi bien dans les cabinets de médecine libérale (généraliste ou spécialiste) que dans tous les centres de soin.

Recommandation n°17 : Prévoir des horaires d'ouverture à amplitude large dans les lieux de soins (médecine libérale, hôpitaux, centres de protection maternelle et infantile...) avec des consultations sans rendez-vous ou pour mieux prendre en compte les contraintes horaires des femmes en situation de précarité.

S'adapter aux contraintes des femmes nécessite de prendre en compte l'isolement et les responsabilités familiales qui pèsent sur les femmes cheffes de famille monoparentale : elles sont souvent seules à prendre soin de leurs enfants et peuvent parfois renoncer à des actes médicaux qui impliquent une hospitalisation. Dans certains cas, cet isolement peut conduire à l'hospitalisation d'enfants non malades en pédiatrie simplement parce qu'il n'y a personne pour les prendre en charge pendant l'hospitalisation de leur mère. Pour y répondre et afin de permettre à ces femmes de réaliser des examens et des opérations dans les meilleures conditions, le Haut Conseil à l'Égalité recommande l'expérimentation de la réservation de places en garderies dans les hôpitaux pour les jeunes enfants de mères de familles monoparentales ou isolées hospitalisées.

Recommandation n°18 : Expérimenter la réservation de places pour les jeunes enfants dans des garderies, au sein de l'hôpital, le temps de l'hospitalisation de leur mère lorsque celle-ci est en situation d'isolement social et de précarité économique.

203 - HAS, Service Qualité de l'Information Médicale, Référentiel d'évaluation des centres de santé, Février 2007, p.14.

3. Adopter une perspective de genre dans les politiques de réduction des inégalités sociales de santé

a. dans les Permanences d'accès aux soins de santé (PASS)

Sorte de « bouclier social de l'hôpital », les permanences d'accès aux soins de santé, issues de la loi contre les exclusions du 29 juillet 1998²⁰⁴ et définies à l'article L.6111-1-1 du Code de la santé publique, visent à faciliter l'accès au système de santé des personnes en situation de précarité et à les aider dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits.

« Dans le cadre de la mise en œuvre du projet régional de santé, les établissements de santé mettent en place des permanences d'accès aux soins de santé, qui comprennent notamment des permanences d'orthogénie, adaptées aux personnes en situation de précarité, visant à faciliter leur accès au système de santé et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la mise en œuvre de leurs droits. »

Article L.611-1-1 du Code de la santé publique

Elles peuvent être situées au sein d'un hôpital ou bien dans un lieu ad hoc, comme c'est le cas des PASS dites « de ville », mises en œuvre à Evry/Ivry, Saint-Denis, Montreuil et au Blanc-Mesnil, pour faciliter l'accès géographique des patient.e.s.

Selon la direction générale de l'offre de soins auditionnée par le HCE, on dénombre aujourd'hui 430 PASS (dont 44 spécialisées en psychiatrie et 18 en dentaire) mais sans pouvoir fournir de statistiques sexuées sur les publics reçus.

À la croisée du médical et du social, les PASS constituent une porte d'entrée pour des soins et examens sans frais et peuvent accompagner les personnes en situation de précarité pour faire valoir leurs droits.

Le plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale du 21 janvier 2013 réaffirme la pertinence des PASS et prévoit l'homogénéisation des prestations mises en œuvre dans tous les hôpitaux où elles ont été créées.

Il apparaît en effet que l'organisation et l'implication des structures hospitalières dans la promotion de ce dispositif sont très disparates sur le territoire.

204 - Loi du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions.

Selon Médecins du monde, « certaines PASS ont des défauts d'organisation, d'autres sont débordées devant le nombre de demandes »²⁰⁵. La montée en charge du dispositif PASS est notamment liée à l'émergence de nouvelles problématiques sociales, notamment l'arrivée importante de personnes migrantes. Les PASS constituent en effet une réponse de première ligne pour la prise en charge sanitaire des personnes en situation de précarité. En outre, faute de signalétique, il est parfois difficile aux personnels, comme aux patient.e.s, de savoir où se situe la PASS dans l'hôpital²⁰⁶.

La circulaire du ministère des Affaires sociales et de la Santé le 18 juin 2013²⁰⁷ présente, pour la première fois, un référentiel d'organisation et de fonctionnement des PASS et en rappelle les missions :

- offrir un accès aux soins et un accompagnement soignant et social aux patient.e.s, y compris celles et ceux qui ne disposent pas de couverture sociale au moment de la réalisation des actes ;
- agir à l'intérieur et à l'extérieur de l'établissement pour faciliter le repérage et la prise en charge des patient.e.s et pour construire un partenariat institutionnel élargi.

Par ailleurs, l'enjeu de la formation des professionnel.le.s au sein des PASS au repérage et à l'accompagnement des femmes victimes de violences n'apparaît dans aucun document de cadrage.

Recommandation n°19 : Mieux prendre en compte les besoins des femmes pour améliorer l'efficacité des Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS), notamment en :

- évaluant le fonctionnement des PASS déjà déployées à partir de statistiques sexuées ;
- encourageant la signature de conventions avec des partenaires associatifs et des réseaux de professionnel.le.s locaux.ales (permanences du planning familial ou d'associations spécialisées sur les violences faites aux femmes) ;
- développant les PASS de ville, à l'image de celui de Saint-Denis, afin d'améliorer leur accessibilité géographique pour la patientèle.

b. dans l'évaluation des contrats de ville et des contrats de ruralité

Les contrats de ville

La politique de la ville est une politique publique partenariale mise en œuvre localement pour agir contre les inégalités sociales et territoriales. Elle s'appuie, depuis la réforme portée par la loi de programmation pour la ville et la cohésion urbaine du 21 février 2014, sur une nouvelle géographie prioritaire unique, simplifiée et resserrée ; correspondants aux concentrations urbaines de pauvreté : les « quartiers politique de la ville » (PQV). Cette politique agit à ce titre au bénéfice d'habitant.e.s connaissant des difficultés accrues en termes d'emploi, d'éducation, de santé, de discriminations, de mobilité... Le contrat de ville en constitue le cadre d'intervention unique. Sur la base d'un diagnostic global, il définit, à l'échelle de l'intercommunalité, une stratégie intégrée, mobilisant prioritairement et de façon renforcée, les politiques de droit commun au bénéfice des habitant.e.s des quartiers. Les dispositifs et crédits de la politique de la ville sont déployés en complément.

435 contrats de ville ont été signés pour la période 2015-2020.

Le rapport relatif aux inégalités territoriales en matière d'égalité femmes-hommes, publié par le HCE le 19 juin 2014²⁰⁸, a permis de mettre en exergue le fait que l'intersection des inégalités entre les sexes avec des inégalités sociales et territoriales importantes, conduit à des inégalités renforcées. L'égalité femmes-hommes ne saurait être opposée à la lutte contre les inégalités sociales, mais elles doivent, à l'inverse, être articulées ensemble.

205 - Auditions de Sophie LAURENCE, référente santé, Direction des Missions France à Médecins du Monde et D^{re} Jeanine ROCHEFORT, déléguée Ile-de-France devant le HCE, le 16 novembre 2016.

206 - Actualités sociales hebdomadaires, Permanences d'accès aux soins de santé : le bouclier social de l'hôpital, n°2851 – 14 mars 2014

207 - Circulaire DGOS/R4 du 18 juin 2013 relative à l'organisation et au fonctionnement des permanences d'accès aux soins de santé

208 - HCE, Combattre maintenant les inégalités sexuées, sociales et territoriales dans les quartiers de la politique de ville et les territoires ruraux fragilisés, 2014.

À l'occasion de son audition par le HCE²⁰⁹, Eric LENOIR, chef de la mission de coordination de l'action interministérielle et sectorielle du Commissariat Général à l'Égalité des Territoires (CGET) a souligné l'apport du rapport du HCE, dit « rapport EGALiTER », publié au moment de l'installation du CGET, qui est venu nourrir les travaux du commissariat et a permis d'attirer une attention particulière sur la situation des femmes dans les territoires fragilisés.

L'égalité femmes-hommes constitue désormais une des trois priorités transversales des 435 contrats de ville. La politique de la ville prévoit par conséquent une approche intégrée de l'égalité mêlant mesures spécifiques pour corriger les inégalités qui subsistent et intégration transversale de l'égalité entre les sexes au sein de la politique en matière de cohésion sociale et de renouvellement urbain.

Une approche intégrée est fondamentale, notamment en matière de santé : selon le rapport 2014 de l'Observatoire national des zones urbaines sensibles, au sein des agglomérations abritant des Zus, les écarts observés en termes d'état de santé entre les habitant.e.s des Zus et ceux résidant en dehors de ces quartiers sont généralement plus marqués chez les femmes que chez les hommes : globalement, en 2012, les femmes des quartiers Zus déclarent moins fréquemment être en « bonne » ou « très bonne » santé que celles résidant en dehors de ces quartiers (57,3 % en Zus contre 62,9 % hors Zus). Pour les hommes, c'est 61,9 % en Zus contre 69,0 % hors Zus. Par ailleurs, le renoncement aux soins dentaires pour raisons financières au cours des 12 derniers mois est constaté chez 31,2 % des femmes en Zus contre 18,8 % des femmes hors Zus (12,5 points d'écart), et chez 23,8 % des hommes en Zus contre 17,2 % hors Zus (+6,7 points).

La circulaire du 5 décembre 2014 relative à l'intégration des enjeux de santé au sein des contrats de ville précisent que ceux-ci « *doivent permettre de construire une stratégie locale de promotion de la santé, dont l'objectif est de réduire les inégalités sociales et environnementales de santé.* ». Le volet santé des contrats de ville s'appuie sur des diagnostics locaux partagés, pilotés par les agences régionales de santé (ARS), et permet la mise en œuvre de programmes de prévention de santé publique et de développement de l'accès aux soins en direction des habitants des QPV. Dans de nombreux territoires, la stratégie d'intervention en matière de santé dans les QPV s'appuie sur les conseils locaux en santé mentale et les ateliers santé ville.

Dans le rapport relatif aux inégalités territoriales en matière d'égalité femmes-hommes, publié le 19 juin 2014, le Haut Conseil à l'Égalité recommandait déjà d'inscrire la santé des femmes au cœur du volet santé des nouveaux contrats de ville.

Pour lutter contre ces inégalités, il apparaît fondamental de les rendre visibles. Dans son cadre de référence « Égalité femmes-hommes dans les contrats de ville de nouvelle génération » publié en septembre 2014, le CGET recommande de « *produire des indicateurs permettant d'objectiver le phénomène des inégalités de genre sur le territoire du contrat. L'élaboration de l'approche intégrée de l'égalité femmes-hommes dans le contrat de ville devrait s'appuyer idéalement sur un diagnostic territorial sexué dressant un état des lieux précis des situations sur un territoire spécifique et proposant des pistes de travail, afin de déterminer des enjeux en vue d'apporter des solutions concrètes pour remédier à ces situations d'inégalité.* »²¹⁰

Une évaluation des contrats de ville (2015-2020) est prévue à mi-parcours, courant 2018. Un guide méthodologique rappelant les grands axes structurant cette évaluation, a été diffusé en mars 2017 aux préfet.e.s. Une question est spécifiquement posée sur les priorités transversales des contrats de ville que sont, l'égalité entre les femmes et les hommes, la jeunesse, la prévention et la lutte contre les discriminations liées à l'origine et à l'adresse.

Au cours de l'année 2018, les acteur.rice.s locaux.ales seront amené.e.s à évaluer l'évolution des enjeux d'égalité femmes-hommes dans les quartiers de la politique de la ville depuis 2015, le suivi de la mise en œuvre d'actions spécifiques pour corriger les inégalités ainsi que le suivi de l'intégration de la promotion de l'égalité femmes-hommes dans les actions programmées par le contrat de ville, tout comme la mise en place effective d'indicateurs sexués dans les diagnostics et le suivi des actions. Les données seront collectées aussi bien à l'échelle locale que nationale.

Le Haut Conseil à l'Égalité recommande de s'appuyer sur des statistiques sexuées pour mener à bien cette évaluation intermédiaire, ainsi que l'évaluation finale.

209 - Audition devant le HCE, 25 janvier 2017.

210 - CGET, Cadre de référence « Égalité femmes-hommes » dans les contrats de ville de nouvelle génération, septembre 2014 .

Les contrats de ruralité

Le contrat de ruralité a été pensé pour promouvoir des ruralités dynamiques et innovantes. Son objectif est de fédérer les partenaires institutionnels, économiques et associatifs dans les territoires ruraux et de coordonner les moyens techniques et financiers afin de dynamiser les politiques publiques. Ce dispositif entend promouvoir la coopération de l'Etat et des collectivités autour de projets de territoire.

Les contrats de ruralité sont conclus entre l'Etat, représenté par le.la préfet.e de département, et les porteurs du contrat, qui sont les pôles d'équilibre territoriaux et ruraux (PETR) ou les établissements publics de coopération intercommunale (EPCI).

Chaque contrat doit s'articuler, dans une logique de projet de territoire, autour de 6 volets, sur la durée du contrat : Accès aux services et aux soins, revitalisation des bourgs centres, attractivité du territoire, mobilités, cohésion sociale et transition écologique.

Les premiers contrats de ruralité couvrent la période 2017- 2020, pour être en phase avec les mandats électifs.

En cas de mise en place d'une seconde génération de contrats après 2020, ils seront conclus pour six ans.

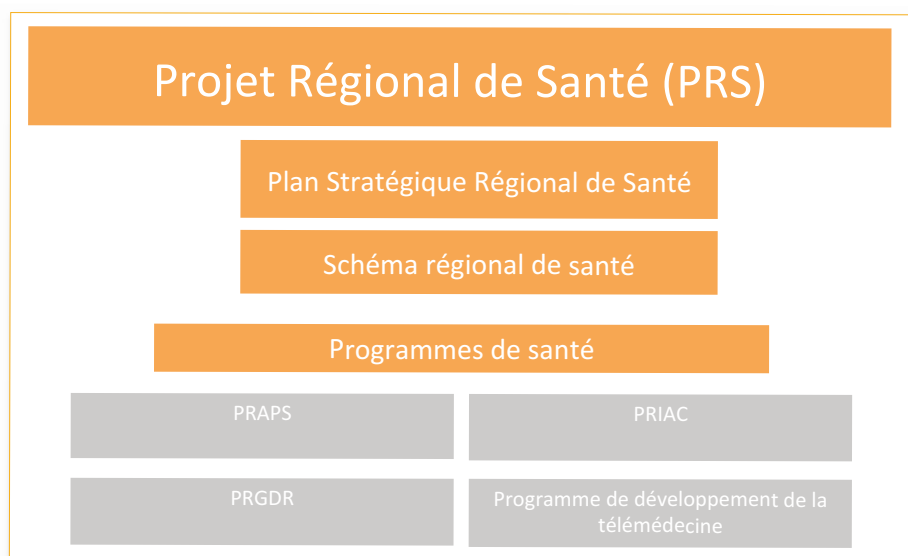
Il n'y a à ce jour pas d'approche intégrée de l'égalité femmes-hommes dans les contrats de ruralité, comme cela a pu être mis en œuvre pour les contrats de ville. Pourtant, comme l'a montré le rapport EGAlITER du HCE, l'accès aux droits comme aux services publics de santé dans ces territoires fragilisés sont particulièrement limités et pénalisent en premier lieu les femmes.

Comme pour les contrats de ville, le HCE recommande de s'appuyer sur des statistiques sexuées, en particulier pour l'élaboration et l'évaluation des actions mises en œuvre dans le cadre du volet « Accès aux services et aux soins », et d'intégrer l'objectif d'égalité entre les femmes et les hommes de manière transversale.

Recommandation n°20 : Généraliser la production et l'appui sur des statistiques sexuées dans les contrats de ville et les contrats de ruralité :

- ▀ S'appuyer sur des statistiques sexuées pour évaluer à mi-parcours, en 2018, la mise en œuvre des contrats de ville (approche intégrée et mesures spécifiques) ;
- ▀ S'appuyer sur des statistiques sexuées pour évaluer à mi-parcours, à partir de fin 2018, la mise en œuvre des contrats de ruralité, et intégrer l'égalité femmes-hommes comme priorité transversale dans la seconde génération des contrats de ruralité.

c. dans les Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (P.R.A.P.S.)



Source : HCE

Les Projets régionaux de santé (PRS) s'inscrivent dans les orientations de la stratégie nationale de santé et définissent les objectifs pluriannuels des Agences Régionales de Santé ainsi que les mesures destinées à les atteindre. Chaque PRS est arrêté par le.la Directeur.ice général.e de l'ARS pour cinq ans, après avis officiel du.de la Préfet.e de région, du Conseil régional, des conseils départementaux, des conseils municipaux et de la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA).

La composition d'un PRS

- Le Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS) fixe les orientations stratégiques de la politique menée par l'ARS ;
- Les 3 schémas régionaux d'organisation décrivent l'organisation des soins, de la prévention et du secteur médico-social (actions, autorisations, coopérations) ;
- Les programmes de santé déclinent ces schémas notamment au niveau des territoires.

Les Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS), qui constituent l'un des 4 programmes de santé déclinés dans chaque région, concernent au premier chef les populations en situation de précarité et visent à adapter le fonctionnement des dispositifs de santé pour mieux accueillir et prendre en charge ce public.

Les programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins doivent, dans le cadre de leurs objectifs de santé publique, orienter leurs actions sur :

- Les difficultés d'accès, de prévention et de continuité des soins ;
- Les souffrances psychiques (violences, conduites à risque) ;
- L'hygiène de vie (alimentation, nutrition).²¹¹

Les orientations du PRAPS peuvent être déclinées localement, notamment dans le cadre des démarches territorialisées portées par les **ateliers santé ville (ASV)**, dans une dynamique d'articulation entre la politique de la ville et la politique de santé pour contribuer à la réduction des inégalités sociales de santé.

211 - PHOTOPOULOS Jean-Dimitri, *Mise en œuvre des politiques sociales*, 2016.

La Plateforme nationale de ressources Ateliers santé ville, créée le 17 octobre 2011, a pour objectif de constituer un espace de mise en réseau et un lieu ressources visant à promouvoir les démarches territoriales et les approches populationnelles de santé publique portées par les Ateliers santé ville depuis treize ans. Cette plateforme s'adresse à l'ensemble des acteur.rice.s impliqué.e.s dans les démarches territoriales de santé publique et la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.

Les démarches probantes menées par les ateliers santé ville ont été compilées, en avril 2016, dans un document intitulé « Capitalisation des démarches ateliers santé ville : des savoirs issus des pratiques professionnelles pour la promotion de la santé ».

Atelier santé ville de NANTERRE : Renforcement du pouvoir d'agir des femmes en situation de précarité par un accompagnement soutenu autour de la nutrition

Dans le cadre du contrat de ville de Nanterre (2015-2020) et en partenariat avec le centre social d'un quartier prioritaire de la ville, l'atelier santé ville a construit un programme autour du bien-être des femmes. A partir des demandes et des besoins exprimé.e.s par les femmes, le programme s'est concentré sur une problématique de perte de poids. Pour ce faire, plusieurs ateliers/activités sont proposé.e.s aux femmes : atelier de travail sur l'image de soi, course à pied, sorties marche, ateliers pour apprendre à cuisiner équilibré, etc. Le bilan de l'année 2015 conclut à une amélioration de l'état de santé et de bien-être des habitantes du quartier, notamment du fait du développement des comportements favorables à la santé (amélioration de l'alimentation, augmentation de l'activité physique) et du renforcement de l'estime de soi.

Atelier santé ville de SAINT-NAZAIRE : Des Forums Santé Bien-être itinérants pour favoriser l'accès aux droits et aux soins

Dans le cadre du contrat de ville de Saint-Nazaire (2015-2020) et face au non-recours aux droits et aux soins de la population en situation de précarité, l'atelier santé ville a développé de nombreux partenariats (Secours Populaire par exemple) et organise ainsi trois forums santé bien-être sur trois sites différents, afin de toucher largement les habitant.e.s. Les objectifs sont de favoriser l'accès aux droits et aux soins des populations en situation de précarité, en leur permettant de mieux connaître leurs droits et le circuit pour se soigner, en les accompagnant vers une démarche de prévention et enfin, en les sensibilisant à l'éducation nutritionnelle et à la pratique d'une activité physique. Le bilan effectué de cette action est positif et ce, notamment du fait de la stratégie d'« aller vers » ces populations puisque l'information n'est pas apportée dans un lieu institutionnel mais à l'occasion d'événements conviviaux.

Le présent rapport met en lumière les problématiques spécifiques des femmes en situation de précarité aussi bien en termes de santé que d'accès aux soins. Dans cette optique, les PRAPS semblent constituer un levier intéressant. C'est pourquoi le Haut Conseil recommande que ces problématiques soient identifiées et prises en compte dans les PRAPS et ce, de manière transversale. Aux inégalités sociales que subissent les femmes en situation de précarité s'ajoutent les inégalités liées au sexe que de tels programmes doivent s'efforcer d'appréhender.

Recommandation n°21 : Assurer l'identification et la prise en compte dans les Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) des problématiques spécifiques rencontrées par les femmes en situation de précarité, afin d'agir au mieux sur leur état de santé et leur égal accès aux soins.

GLOSSAIRE

A

- ACS** : Aide au paiement d'une complémentaire santé
- ACSBE** : Association Communautaire Santé Bien-Etre
- ADSF** : Association pour le développement de la santé des femmes
- AME** : Aide médicale d'État
- ANACT** : Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail
- ARS** : Agence régionale de santé
- AVC** : Accidents vasculaires cérébraux

B

C

- CARSAT** : Caisses régionales d'assurance retraite et de la santé au travail
- CASO** : Centres d'Accueil de Soins et d'Orientations
- CDD** : Contrat à durée déterminée
- CDI** : Contrat à durée indéterminée
- CESE** : Conseil économique social et environnemental
- CHSCT** : Comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail
- CGET** : Commissariat général à l'égalité des territoires
- CMU** : Couverture maladie universelle de base
- CMU-C** : Couverture maladie universelle complémentaire
- CNAMTS** : Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
- CNAV** : Caisse nationale d'assurance vieillesse
- CNOM** : Conseil national de l'ordre des médecins
- COV** : Composés Organiques Volatils
- CPAM** : Caisse primaire d'assurance maladie

D

- DARES** : Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques du ministère chargé du Travail
- DGOS** : Direction générale de l'offre des soins du Ministère chargé de la santé
- DIRECCTE** : Directions régionales des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi

E

- EMPP** : Equipes mobiles psychiatrie précarité
- EPP** : Entretien prénatal précoce
- ETP** : Equivalent temps plein
- EvRP** : Evaluer les risques professionnels

F

FCU : Frottis cervico-utérin

G

H

HCE : Haut Conseil à l'Égalité

HPV : Infection par le *papillomavirus* humains

HSCP : Haut conseil de la santé publique

I

INED : Institut national d'études démographiques

INRS : Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles

INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale

InVS : Institut national de veille sanitaire

IRDES : Institut de recherche et de développement en santé

IVG : Interruption volontaire de grossesse

J

K

L

M

MCCV : Maladie cardio-cérébro-vasculaires

N

O

ONDRP : Observatoire national de la délinquance et des réponses pénales

P

PASS : Permanences d'accès aux soins de santé

PRAPS : Programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies

PRS : Projets régionaux de santé

PUMA : Protection universelle maladie

Q

QPV : Quartiers prioritaires de la politique de la ville

R

RSA : Revenu de solidarité active

S

SDF : Sans domicile fixe

T

TMS : Troubles musculosquelettiques

U

V

W

X

Y

Z

ZUS : Zone urbaine sensible, devenue « quartiers prioritaires de la politique de la ville » (QPV)

REMERCIEMENTS

Le présent rapport a été réalisé par la Commission « Santé, droits sexuels et reproductifs » du Haut Conseil à l'Égalité avec le concours de membres associé.e.s ainsi que de personnalités extérieures, et avec l'appui du Secrétariat général du HCE. Que l'ensemble de ces personnes en soient remerciées.

Membres du Haut Conseil à l'Égalité :

► **Anne-Sophie AVE**, Haute fonctionnaire à l'égalité, ministère de la Défense, représenté par Pierre ARNAUD, chargé de mission • **Danielle BOUSQUET**, Présidente du Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes • **Geneviève COURAUD**, Rapporteuse, Présidente de la Commission « Santé, droits sexuels et reproductifs » • **Thierry DAMIEN**, Membre du conseil d'administration de Familles rurales • **Jean GALAND**, Conseiller départemental de la Gironde • **Nelly HERIBEL**, chargée de l'intérim des fonctions de Haute fonctionnaire à l'égalité des droits entre les femmes et les hommes pour les quatre Ministères sociaux • **Françoise LAURANT**, membre du bureau national de la Ligue de l'enseignement • **Gilles LAZIMI**, Rapporteur, Médecin généraliste du centre municipal de santé, responsable des actions prévention santé de la ville Romainville en Seine-Saint-Denis, maître de conférence en médecine générale à l'Université Pierre-Marie Curie • **Christine MAUGET**, membre du Bureau national du Planning Familial et présidente de la Fédération du Poitou Charentes • **Maudy PIOT**, Présidente de l'association « Femmes pour le dire, femmes pour agir, Femmes handicapées, citoyennes avant tout ! » (FDFA) • **Florence ROBINE**, Directrice générale de l'Enseignement solaire du Ministère de l'Éducation nationale, représentée par Béatrice VERHAEREN-Ministère chargé de l'Éducation nationale • **Jean-Michel THORNARY**, Commissaire général à l'égalité des territoires (CGET) représenté par Eric LENOIR et Andrea OTAVALO, Mission de la coordination de l'action interministérielle et sectorielle • **Benoît VALLET**, Directeur général de la Santé (DGS) du ministère des Affaires sociales et de la Santé, représenté par Lionel LAVIN, Référent santé des femmes, IVG et contraception • **Jean-Philippe VINQUANT**, Directeur de la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS), représenté par Ahez LEMEURE, chargée de mission « Santé-Éducation à la sexualité » au sein du Service des droits des femmes et de l'égalité (SDFE) • **Pascale VION**, Présidente de la délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes de Conseil économique, social et environnemental (CESE).

Pour le Secrétariat général du Haut Conseil :

► **Margaux COLLET**, Co-rapporteuse, Responsable du suivi des travaux de la commission « Santé, droits sexuels et reproductifs » • **Alice GAYRAUD**, chargée de projet stagiaire (2017) • **Claire GUIRAUD**, Secrétaire générale • **Mauranne LAGNEAU**, chargé de projet stagiaire (2016) • **Charlotte PERNEZ**, Sage-femme chargée de projet stagiaire (2016).

Liste des personnes extérieures auditionnées :

► **Sophie BINET**, Secrétaire générale adjointe à la UGICT - CGT et pilote de la Commission « Femmes Mixité » à la CGT - CE Confédérale • **D^r Didier BOENO**, Médecin généraliste maître de stage universitaire à Marseille • **D^{re} Samah CHAABAN**, Médecin généraliste de la Case de Santé, centre de santé communautaire à Toulouse • **Florence CHAPPERT**, Chargée de mission à l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT) • **D^r Bernard GUILLON**, Gynécologue-obstétricien, fondateur de l'Association pour le Développement de la Santé des Femmes (ADSF) • **Dominique HENON**, Sage-femme, membre du Conseil Economique, Social et Environnemental Régional (CESER) d'Île-de-France • **D^{re} Maëva JEGO-SABLIER**, médecin généraliste à Marseille, Cheffe de clinique universitaire au département de médecine générale de la faculté de médecine de Marseille • **Claudine JUNIEN**, généticienne, membre de l'Académie de médecine • **Thierry KURTH**, Adjoint au Chef du Bureau des prises en charge post aiguës, pathologies chroniques et santé mentale de la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) • **Éric LENOIR**, Chef de la mission de coordination de l'action interministérielle et sectorielle au Commissariat Général à l'Égalité aux Territoires (CGET) accompagné de Clémence BRE, chargée de

mission, Serge FRAYSSE, Chef de bureau Éducation, enseignement supérieur et affaires sociales, et Guilhem PERTUSA, chargé de mission à la Direction du développement des capacités des territoires • **Edwina LAMOUREUX**, Secrétaire confédérale CFDT santé au travail • **D^r Thierry LANG**, Epidémiologiste et professeur à l'université Toulouse III • **Sophie LAURENCE**, Référente santé à la direction des Missions France de Médecins du Monde • **Françoise MILEWSKI**, co-responsable du Programme de Recherche et d'Enseignement des SAvoirs sur le GENre (PRESAGE) et responsable du groupe de recherche « Genre, emploi et politiques publiques » • **D^{re} Claire MOUNIER-VEHIER**, présidente de la Fédération française de cardiologie • **Bénédicte MOUTIN**, Secrétaire confédérale CFDT insertion, pauvreté et chômage • **Jean François NATON**, Conseiller confédéral CGT en charge de la santé et de la protection sociale • **Sékolène NEUVILLE**, Secrétaire d'État chargée de la lutte contre l'exclusion • **Etienne PINTE**, Président du Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale (CNLE) • **Chantal RICHARD**, Secrétaire confédérale CFDT santé au travail • **D^{re} Jeanine ROCHEFORT**, Gynécologue, responsable de la délégation Ile-de-France de Médecins du Monde • **Christelle SAVATIER**, Membre du bureau National du Comité National des Privés d'Emplois à la CGT.

Une réunion d'échanges, assortie d'une visite, a été menée de façon complémentaire au centre de santé « La Place santé », situé dans le quartier du Franc-Moisin à Saint-Denis (93).²¹²

212 - Voir l'article publié par le HCE le 19 janvier 2017.



99, rue de Grenelle - 75007 Paris

Pour plus d'informations :

Suivez-nous sur **twitter** : **@HCEfh**

Découvrez les ressources et les travaux du HCEfh sur **notre site internet** : **www.haut-conseil-egalite.gouv.fr**

Abonnez-vous à la lettre d'information sur le site :

<http://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/autres-rubriques/article/lettre-d-information>
et consultez les anciens numéros en ligne

Contactez-nous : **haut-conseil-egalite@pm.gouv.fr**