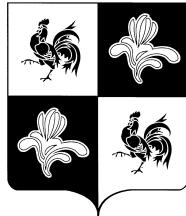


Parlement francophone bruxellois
(Commission communautaire française)



18 avril 2008

SESSION ORDINAIRE 2007-2008

PROPOSITION DE RÉOLUTION

**relative à la prise en compte de la dimension du genre en matière de statistiques de santé et
à la création d'une cellule « Santé des femmes »
au sein de l'administration**

déposée par Mmes Martine PAYFA, Nathalie GILSON
et Caroline PERSOONS

DEVELOPPEMENTS

La Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) (1946) pose le principe que « la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique et sociale ».

Soixante ans après l'adoption de ce texte, il est de plus en plus largement reconnu que les facteurs qui déterminent l'état de santé des femmes et des hommes présentent des différences. La dynamique de la « sexospécificité » dans le domaine de la santé revêt à cet égard une importance capitale qui a longtemps été négligée.

Ainsi, à travers les résultats de sa dernière enquête de santé (réalisée par interview en 2004 et dont les résultats ont été publiés en 2006) ⁽¹⁾, l'Institut scientifique de Santé publique ⁽²⁾ a démontré qu'il existait des différences sensibles entre hommes et femmes, en révélant notamment que davantage de femmes sont touchées par certaines pathologies, comme la migraine (9 %, contre 3,7 % des hommes), la dépression (9,7 %, contre 5,7 % des hommes), la polyarthrite (3 fois plus que les hommes) ou encore l'anorexie (qui touche essentiellement les adolescentes).

La précédente enquête (réalisée par interview en 2001 et dont les résultats ont été publiés en 2002) ⁽³⁾ avait également mis à jour que des différences systématiques existent entre hommes et femmes, plus particulièrement en matière de santé psychique. Cette année-là, 20 hommes sur 100 et 29 femmes sur 100 ont déclaré avoir des problèmes psychiques. L'on constate, en effet, que les rôles multiples joués par les femmes les exposent davantage à ce type de problèmes. Elles sont nettement plus nombreuses à souffrir d'anxiété, de dépression et des conséquences de violences sexuelles ou morales au foyer. Cette enquête précisait encore que sur 34 affections pouvant survenir, 26 se retrouvent davantage chez les femmes.

L'Institut scientifique de Santé publique nous apprend également que les affections de la thyroïde touchent 80 % de femmes, que deux fois plus de femmes que d'hommes souffrent de phobies (des pistes génétiques et hormonales sont à l'étude), qu'une femme sur 3 aura une fracture due à l'ostéoporose après 50 ans (contre un homme sur 5) ou encore que le stress concerne une femme sur 3 (et un homme sur 5).

Il y a également lieu de souligner que les femmes vivent, en moyenne, 6 ans de plus que les hommes et que, avec l'âge, elles sont souvent atteintes de maladies plus graves. D'un point de vue biologique, les femmes sont, en effet, plus enclines que les hommes à souffrir de certaines maladies invalidantes, comme l'arthrite rhumatoïde, l'ostéoporose ou la maladie d'Alzheimer. La fin de vie est souvent marquée par des maladies chroniques, des handicaps et des difficultés de dépendance.

En 2004, le Conseil des femmes francophones de Belgique (CFFB) a invité, à l'occasion d'une conférence, un couple de médecins français, Daniel et Carole Sereni, auteurs de l'ouvrage « On ne soigne pas les hommes comme les femmes » ⁽⁴⁾. Leur présentation a mis en exergue certaines problématiques: les différences entre hommes et femmes face à la douleur, la recherche médicale pratiquée presque toujours sur des sujets mâles, la sous-estimation de l'ampleur des maladies cardio-vasculaires touchant les femmes, etc.

Face à la prise de conscience générale de la dimension sexospécifique de la santé, l'OMS s'est fixée pour politique et comme règle de bonne pratique de santé publique d'adopter une démarche respectueuse de la différence des sexes dans tous les aspects de son action. Elle se situe ainsi dans le droit fil de la décision, désormais appliquée dans l'ensemble du système des Nations unies, de tenir compte de la dimension du genre, c'est-à-dire d'intégrer une démarche soucieuse d'équité entre les sexes, dans tous les programmes et politiques des organismes des Nations unies ⁽⁵⁾.

Dans son projet de budget pour le programme 2002-2003, l'Organisation avait, en effet, prévu de « favoriser l'élaboration de politiques, de stratégies et d'interventions qui répondent de manière efficace aux besoins sanitaires prioritaires ou négligés des femmes tout au long de l'existence, et améliorer l'accès des femmes à une information pour la santé et à des soins de qualité » ⁽⁶⁾.

Dans son projet de budget pour le programme 2004-2005, elle destinait ses ressources relatives à la santé des femmes à « apporter son soutien aux États membres pour l'élaboration de politiques, stratégies et interventions qui

(1) www.iph.fgov.be.

(2) L'ISSP dépend du SPF Santé publique.

(3) www.iph.fgov.be.

(4) SERENI Carole et SERENI Daniel, « On ne soigne pas les hommes comme les femmes », Ed. Odile Jacob, 2002, 198 p.

(5) Déclaration du directeur général « Politique de l'OMS en matière de genre. Intégrer dans l'action de l'OMS des approches respectueuses de la différence entre les femmes et les hommes », 2002, p. 1, pt.3.

(6) OMS, Projet de budget programme 2002-2003, partie II : Orientations stratégiques 2002-2003 par domaine d'activité, p. 57.

s'attellent efficacement aux problèmes de santé de première priorité et négligés des femmes pendant toute leur existence, et pour la création d'un ensemble de données factuelles sur l'influence de la sexospécificité sur la santé, et d'instruments, normes et critères visant à assurer une meilleure prise en compte des sexospécificités dans les interventions sanitaires et à promouvoir l'équité entre les sexes au plan de la santé » (7).

Enfin, dans son projet de budget programme 2006-2007, l'OMS évoque en ces termes son objectif principal en la matière : « Intégrer la parité entre les sexes dans les politiques, programmes et recherches liés à la santé afin de s'attaquer au problème du manque d'égalité et d'équité entre les sexes et d'en atténuer l'impact sur la santé » (8).

De même, le Conseil de l'Europe se penche également sur la question. Il a réuni à Strasbourg, les 23 et 24 mars 2006, un comité d'experts sur la prise en compte dans les actions de santé des spécificités des hommes et des femmes. Le projet de recommandation du Comité des ministres qui s'en est suivi porte notamment les recommandations suivantes aux gouvernements des États membres :

« 1. de faire de l'égalité entre les sexes un domaine d'action prioritaire dans le domaine de la santé en élaborant des politiques et des stratégies qui répondent aux besoins spécifiques des hommes et des femmes en matière de santé et adoptent une approche intégrée de l'égalité entre les sexes; (...)

4. de développer et de diffuser une base de connaissance qui intègre la perspective de l'identité sexuelle et permette des interventions scientifiquement fondées grâce à la collecte systématique de données ventilées par sexe, la promotion de travaux de recherche pertinents et l'analyse des différences entre les sexes » (9).

Force est toutefois de constater que, s'il est vrai qu'ont récemment été lancées des campagnes de prévention des cancers spécifiques aux femmes (cancer du sein et cancer du col de l'utérus), il n'existe toutefois, à l'heure actuelle, aucune politique liée à la réduction des écarts de santé entre hommes et femmes.

Or, au niveau de la recherche notamment, il est particulièrement important que la « sexospécificité » soit prise en compte. Des études ont, en effet, montré que les essais sont le plus souvent réalisés sur des sujets mâles, de sorte que la recherche n'est pas proportionnelle aux pathologies dont

souffrent les femmes. La rareté de l'implication de femmes dans la recherche médicale est traditionnellement justifiée par les variations liées aux cycles, rendant plus ardue l'analyse des résultats, ou les risques liés à une éventuelle grossesse.

Cette réalité interpelle, par exemple, lorsque, bien que les femmes représentent 70 % des cas de dépression, la majeure partie des recherches dans ce domaine est effectuée sur des hommes. D'une manière générale, les médicaments qui sont habituellement testés sur les hommes sont appliqués dans les mêmes conditions aux femmes.

Dès lors, alors même que l'on sait que les femmes réagissent différemment aux médicaments que les hommes, car le corps féminin n'absorbe pas les médicaments de la même manière que celui de l'homme, l'on prescrit toutefois aux femmes des médicaments qui n'ont jamais été testés sur un corps féminin.

De même, comme les maladies coronariennes sont considérées comme des pathologies masculines, les travaux de recherche ne sont menés presque que sur des hommes. L'on ignore généralement que ces maladies constituent également la première cause de mortalité chez les femmes ménopausées.

Les troubles de l'alimentation (boulimie et anorexie) en sont une autre illustration. Bien que l'on sache que ces troubles touchent davantage les femmes et que l'on connaisse le taux élevé de morbidité qui y est lié, l'on manque encore de statistiques concernant l'étendue du phénomène.

Le même constat est indéniablement à faire dans d'autres domaines que la recherche. Une attention toute particulière devrait être accordée à un meilleur accès aux soins de santé pour les femmes. En effet, la féminisation de la pauvreté et des emplois précaires entravent l'amélioration de la santé des femmes. Mais les données disponibles ont tendance à privilégier les informations médicales et biologiques, sans établir les liens possibles entre la santé et le contexte socio-économique (notamment le travail ou le chômage, le temps de travail, la situation matrimoniale, le nombre d'enfants, etc.) ou environnemental.

Cette réalité a déjà été bien comprise dans certains pays étrangers.

Au Canada, notamment, a été institué dès 1993 auprès de Santé Canada (le ministère canadien de la santé) un Bureau pour la santé des femmes et l'analyse comparative entre les sexes. Ce bureau « est le centre de référence pour la santé des femmes au sein du gouvernement fédéral. Il fournit des conseils en matière de politiques et dirige des initiatives visant à améliorer la santé des femmes et à mieux faire comprendre la façon dont le sexe social et le sexe biologique influent sur la santé tout au long de la vie. Le Bureau renforce la capacité du ministère en coordonnant la mise en œuvre de l'analyse comparative entre

(7) OMS, Projet de budget programme 2004-2005, partie II : Orientations stratégiques 2004-2005 par domaine d'activité, p. 50.

(8) OMS, Projet de budget programme 2005-2006, partie II : Orientations 2006-2007 par domaine d'activité, p. 81.

(9) Rapport de réunion du Comité européen de la santé du Conseil de l'Europe, relatif à la réunion des 23 et 24 mars 2006 du Comité d'expert sur la prise en compte dans les actions de santé des spécificités des hommes et des femmes, annexe III, p. 17 (version en projet).

les sexes et établit des rapports sur l'élaboration de lois, de politiques et de programmes tenant compte des différences entre les sexes, à Santé Canada. Par l'intermédiaire des centres d'excellence pour la santé des femmes, des groupes de travail et du Réseau canadien pour la santé des femmes, le Bureau assure la réalisation de recherches pertinentes sur les politiques et la diffusion de l'information. Il entretient des relations continues avec les provinces et les territoires, les principales organisations de femmes, les chercheurs du domaine de la santé et d'autres intervenants afin de promouvoir la participation active des femmes et des hommes à l'amélioration de leur santé et de leur bien-être »⁽¹⁰⁾.

Par ailleurs, en 1996, la Canada a lancé le Programme de contribution pour la santé des femmes. Ce Programme a pour but de combler les lacunes de la recherche sur la santé des femmes de manière à permettre aux intervenants du système de santé de mieux comprendre les questions de santé des femmes et de pouvoir y répondre plus adéquatement. Dans la foulée, ont été créés des Centres d'excellence pour la santé des femmes. Ils constituent « un partenariat multidisciplinaire unique entre les universités, les organismes communautaires et les décideurs »⁽¹¹⁾.

D'autres pays, tels que l'Irlande, le Portugal, l'Espagne ou la Suisse, ont également déjà créé des cellules officielles travaillant sur la problématique de la santé des femmes.

En Belgique il n'existe cependant rien de tout cela. S'il est vrai que, au niveau fédéral, l'Institut pour l'égalité des femmes et des hommes œuvre, depuis fin 2002, à la garantie et la promotion de l'égalité des femmes et des hommes, ainsi qu'au combat contre toute forme de discrimination basée sur le sexe, son cadre d'action est particulièrement large et ses moyens d'actions ne lui permettent pas de se pencher de manière approfondie – et au-delà de la confection d'un état des lieux⁽¹²⁾ – sur les questions de santé.

Une proposition de résolution a récemment été déposée au Sénat par Nathalie de T'Serclaes⁽¹³⁾ et cosignée par Clotilde Nyssens, Anne-Marie Lizin, Sabine de Bethune et Fauzaya Talhaoui à ce propos. Afin de donner plus de force à cette initiative, il conviendrait cependant d'élargir le débat à l'ensemble des assemblées concernées par cette problématique.

Un travail conséquent a déjà été mené au sein du Parlement francophone bruxellois. Le rapport du Comité d'avis pour l'égalité des chances entre les hommes et les femmes⁽¹⁴⁾ du Parlement francophone bruxellois, qui comprend l'audition de Mme Myriam De Spiegelaere, médecin de santé publique et directrice scientifique de l'observatoire de la santé et du social – Bruxelles, et les discussions des membres du Comité, constitue une première étape importante.

La Commission communautaire française, avec ses différentes compétences en matière de santé, dispose de moyens adéquats pour agir dans ce domaine.

La dispensation des soins dans des structures liées à la Commission communautaire française, comme les maisons médicales, les réseaux santé ou les maisons de repos, par exemple, devrait tenir compte, autant que possible, de la sexospécificité.

C'est également au niveau de la sensibilisation et de la prévention que la Commission communautaire française doit, en collaboration avec d'autres entités fédérées, agir avec force. Des actions communes avec la Communauté française doivent notamment être envisagées. A cet égard, une proposition de résolution sera déposée au Parlement de la Communauté française.

Enfin, la Commission communautaire française est très active en ce qui concerne la santé mentale. Le réseau mis en place par la Commission communautaire française devrait permettre de contribuer efficacement à la récolte d'information et à la recherche pour ce qui concerne les différences entre les hommes et les femmes.

(10) <http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/branch-dirgen/hpb-dgpps/pppd-dppp/bwhga-bsfacs>.

(11) http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/women-femmes/contribution_f.html.

(12) Voir la publication de l'Institut « Femmes et hommes en Belgique : statistiques et indicateurs de genre. Edition 2006 », dont le chapitre 11 traite de la santé, pp. 123 à 147.

(13) Proposition de résolution relative à la prise en compte de la dimension du genre en matière de santé et à la création d'une « cellule des femmes » auprès du Service public fédéral Santé publique, document S.3-2103.

(14) Parlement francophone bruxellois, « Audition de Mme De Spiegelaere, médecin de Santé publique et directrice scientifique de l'Observatoire de la Santé et du Social – Bruxelles, relative à la santé des femmes dans la Région bruxelloise », doc 60 (2005-2006) n°1.

PROPOSITION DE RÉSOLUTION

relative à la prise en compte de la dimension du genre en matière de statistiques de santé et à la création d'une cellule « Santé des femmes » au sein de l'administration

Le Parlement francophone bruxellois,

- considérant que la dernière décennie a connu une prise de conscience, au niveau international, de la dimension sexospécifique des problèmes de santé
- considérant que certains pays ont fait écho à cette prise de conscience, en introduisant dans leur législation des instruments spécifiquement destinés à une meilleure connaissance et une meilleure prise en compte de la différence des sexes en matière de santé
- considérant que, bien qu'y étant invitée par les instances internationales, ni la Belgique, ni ses entités fédérées n'ont, pour leur part, encore intégré la dimension sexospécifique dans leur politique de santé
- considérant le rapport du Comité d'avis pour l'égalité des chances entre les hommes et les femmes du Parlement francophone bruxellois

demande au Collège :

- de procéder systématiquement à une analyse approfondie des politiques en matière de santé sous l'angle du genre dans le but de développer des politiques de santé qui tiennent compte des besoins spécifiques des hommes et des femmes;

- de prendre en compte les aspects socio-économiques dans la politique de santé et de veiller à la diminution des écarts de santé entre hommes et femmes liés à ces facteurs;
- de soutenir les initiatives qui tiendraient compte de la sexospécificité;
- de créer une cellule « Santé des femmes » au sein de l'administration de la Commission communautaire française, chargée de coordonner les actions menées en faveur de l'égalité entre les sexes dans le domaine de la santé, dans le but de renforcer la capacité des autorités et des autres institutions publiques à répondre mieux qu'aujourd'hui aux besoins spécifiques des hommes et des femmes en matière de santé;
- de soumettre au Parlement un rapport annuel faisant état de la situation sur cette problématique;
- d'élaborer, en concertation avec la Communauté française, des programmes de sensibilisation qui tiennent compte de la sexospécificité.

Martine PAYFA
Nathalie GILSON
Caroline PERSOONS

