



Avis relatif au « Rapport sur la santé des femmes - Etat des lieux et propositions »

Préambule

Une lettre de saisine signée du directeur général de la santé, accompagnée du rapport sur la santé des femmes est parvenue à la CNS le 2 août pour une demande d'avis pour le 30 septembre 2016.

L'avis a été élaboré à la suite de :

- présentation de la partie « constats » du rapport au cours de la commission permanente du 16 juin 2016 ;
- appel à contributions auprès de tous les membres de la CNS ;
- débat en commission permanente du 8 septembre qui, en tenant compte des contributions reçues des membres de la CNS, a conduit à l'élaboration des grandes lignes de l'avis ;
- adoption par voie électronique du projet d'avis par la commission permanente le lundi 26 septembre 2016.

Dans cet avis, la CNS entend contribuer à la définition des politiques de santé par la formulation de ses recommandations.

Table des matières

Préambule	1
1) Remarque préliminaire : rapport bienvenu mais dont le statut interroge	3
2) La construction sociétale du rôle de la femme mériterait d'être davantage mise en avant	3
3) La santé des femmes devrait être abordée de manière plus différenciée	4
4) Aller vers un schéma directeur transversal « santé des femmes »	6
a. L'interministériel est la clé pour agir sur les déterminants de santé	6
b. Le développement des connaissances doit apparaître comme un objectif fort	6
c. Les propositions doivent être rendues plus opérationnelles	7
d. A défaut d'un plan, un engagement de suivi annuel est nécessaire	7
5) Conclusion : mieux prendre en compte certaines situations et traduire en actions	7
ANNEXES : contribution des membres de la CNS	8
Annexe 1 : confédération du planning familial	8
Annexe 2 : APF	10
Annexe 3 : FFMKR sur la santé des professionnelles de santé	13
Annexe 4 : conférence nationale des présidents de CME/CHS.....	14
Annexe 5 : CFDT	16
Annexe 6 : Fibromyalgie France	16

1) Remarque préliminaire : rapport bienvenu mais dont le statut interroge

Le rapport sur la santé des femmes est rédigé quelques mois après l'adoption de la loi de modernisation de notre système de santé qui comporte de nombreuses dispositions relatives à la santé des femmes (lutte contre l'anorexie, meilleur accès à la contraception, amélioration de l'accès à l'IVG, parité dans les agences sanitaires, ...). Il arrive également après la présentation par la Ministre Marisol Touraine en mars dernier de la feuille de route 2016 « santé des femmes » sans que pour autant celle-ci soit ni mentionnée dans le texte ni référencée dans la bibliographie. Ce qui ne manque pas d'interroger.

Comme cela est indiqué en introduction, le rapport vise à dresser un état des lieux de la santé des femmes et à proposer des pistes d'actions pour la politique de santé.

La CNS considère que ce rapport est bienvenu, qu'il contribue à une meilleure connaissance de la situation de santé de femmes même si nombre de constats sont déjà établis et documentés.

Ce rapport met en lumière les axes de travail déjà engagés (au risque parfois de ressembler à un simple satisfecit sur l'action menée en direction des femmes). Il évoque ce qui pourra être réalisé (mais de manière assez confuse) et sans réellement expliquer comment.

Il est affirmé au cours du rapport qu'il n'est pas indispensable de créer un plan spécifique, ce rapport n'en a donc pas l'objectif. Mais alors quelle est l'ambition réelle sous-jacente ? Il n'y a guère de visibilité sur la façon dont le travail effectué va réellement impacter les plans et programmes nationaux et régionaux, existants ou à venir. Qui va porter ces problématiques et comment ?

La CNS a la faiblesse de penser que si son avis est sollicité c'est qu'il y a un certain enjeu autour de ce document. Alors, il serait nécessaire que cet enjeu soit clairement explicité.

2) La construction sociétale du rôle de la femme mériterait d'être davantage mise en avant

En 2009, l'OMS publiait un rapport sur les femmes et la santé ; il lui paraît utile de rappeler quelques grandes lignes du communiqué de presse qui a accompagné sa parution :

« Malgré certains progrès, la société ne répond pas toujours aux besoins des femmes à des moments clés de leur vie, en particulier pendant l'adolescence et la vieillesse...

... L'OMS appelle à une action globale qui aille au-delà du seul secteur de la santé pour améliorer la santé des fillettes et des femmes à toutes les étapes de la vie.

Les femmes assurent la majeure partie des soins de santé, mais reçoivent rarement ceux dont elles ont besoin

Une espérance de vie plus longue mais pas nécessairement en bonne santé

*Malgré certains avantages biologiques, leur santé pâtit de leur situation socio-économique
Il faut modifier les politiques et agir dans tous les secteurs*

Le rapport cherche à déterminer les principaux domaines qui devront faire l'objet de réformes, dans le secteur de la santé et au-delà. Il s'agit de trouver les mécanismes qui permettront de construire un leadership audacieux avec la participation pleine et entière

des organisations de femmes, de renforcer les systèmes de santé afin qu'ils soient mieux adaptés aux besoins des femmes au fil de leur existence, d'encourager les changements dans les politiques publiques afin qu'elles tiennent compte de la manière dont les déterminants sociaux et économiques de la santé ont une incidence négative pour les femmes, et de construire une base de savoirs permettant un meilleur suivi des avancées obtenues. »

Ainsi, ce rapport établit clairement que la santé des femmes dépend en grande partie de la construction du féminin dès avant la naissance. La CNS considère que cet état de fait devrait être rappelé d'emblée et intégré à l'analyse dans ce rapport.

Entre autres choses, il est nécessaire de rappeler certaines données sociétales comme le rôle joué par les femmes encore majoritairement auprès des enfants (voir en particulier la situation des mères d'enfants en situation de handicap), ou leur rôle majoritaire d'aidants familiaux (cette question n'est abordée que pour les femmes de plus de 65 ans alors qu'elles sont nombreuses à jouer ce rôle dans la tranche d'âge précédente ce qui pose la question de la compatibilité avec la vie professionnelle et familiale).

Il y a ainsi de nombreux aspects de la santé des femmes qui relèvent de la construction par genre de notre société, même si d'autres relèvent, bien entendu, de données biologiques spécifiques aux femmes. C'est cette construction qui doit être interrogée.

3) La santé des femmes devrait être abordée de manière plus différenciée

Outre les éléments sociétaux évoqués ci-dessus, la santé des femmes résulte de nombreux déterminants (environnementaux, sociaux, économiques, comportementaux, ...) qui impactent sur leur santé au même titre que sur celles des hommes (et des enfants).

L'approche par tranche d'âge est intéressante, mais ne devrait pas occulter une approche par sous population en fonction de critères économiques, sociaux, niveaux d'autonomie... A cet égard, le différentiel d'espérance de vie des femmes en fonction de critères socio-économiques est particulièrement explicite. La santé des femmes en situation de précarité est un sujet à part entière.

La partie « constats » du rapport est bien documentée, mais il faudrait souligner davantage le manque de données sur certaines situations :

- La santé des femmes ne peut s'évaluer uniquement au regard de la santé des hommes ; en particulier, un chapitre serait à développer sur la ménopause, période délicate « qui occasionne d'énormes bouleversements physique, psychologique qui ne sont pas très pris au sérieux » et dont la prise en charge médicale suscite encore des interrogations ;
- Les femmes en situation de handicap : il faut rappeler ici avec force la difficulté d'accès aux actes de prévention pour ces femmes, les retards de diagnostic, le déficit de formation des professionnels pour leur prise en charge et accompagnement (voir en annexe 2, la contribution de l'APF à ce sujet) ;

- Les femmes mères d'enfant(s) en situation de handicap : la CNS souligne comment ces femmes doivent faire face à des situations épuisantes, avec un déficit d'aide et de temps de répit et un impact loin d'être négligeable sur leur santé. Dans sa contribution à cet avis, l'UNAPEI le souligne : « La non prise en compte des besoins des personnes en situations de handicap dans notre pays conduit les mères d'enfant(s) en situation de handicap à devoir renoncer dès leur plus jeune âge à une activité professionnelle quelle que soit leur CSP et à une vie sociale. Cette violence sociale faite aux femmes n'est pas reconnue, et a, au delà de l'exclusion sociale et de la précarité des conséquences en matière de santé qui mériteraient d'être plus finement évaluées : manque de sommeil, stress, troubles musculo-squelettiques, dépression,... »
- Plus généralement, les femmes « aidants familiaux » qui ne sont pas toutes âgées de plus de 65 ans contrairement à la construction actuelle du rapport. La reconnaissance du besoin de répit est une avancée certaine de la loi ASV qui devra être confortée et poursuivie dans les politiques à venir
-

Il faut aussi souligner le déficit de données biologiques spécifiques : à ce sujet, le rapport d'information du Sénat¹ est explicite (la CNS regrette que ce rapport ne soit pas même référencé dans la bibliographie). Il y a un déficit de représentation des femmes dans les études et tests biologiques : par exemple, il y a une sous-représentation féminine dans les études consacrées aux risques d'infarctus et aux facteurs d'amélioration.

Par ailleurs, la CNS souligne avec force combien il est nécessaire de s'intéresser plus spécifiquement à la *santé mentale*.

Ainsi, il y a l'angle mort de la santé mentale des petites filles dont les taux de présence dans les instituts d'accueil d'enfants en difficulté psychique sont très inférieurs à ceux des garçons. La question du pourquoi doit être posée. Est-ce vraiment parce que la souffrance psychique des petites filles serait moins fréquente que celle des garçons ? Est-ce simplement parce que l'expression de leur souffrance est moins turbulente, dérange moins ? Les réponses doivent être recherchées avant de conclure que les souffrances psychiques des petites filles n'arrivent qu'à l'adolescence.

Il y a aussi la situation des femmes au moment de l'accouchement. Ainsi, 20% des décès maternels périnataux seraient des suicides (voir annexe 4). Cette situation doit faire l'objet d'une vraie mobilisation.

Concernant la partie « constats » du rapport, la CNS invite la DGS à compléter l'approche par tranches d'âges par des analyses plus développées sur l'impact des déterminants socio-économiques et par une prise en compte de situations spécifiquement féminines ou de situations où les femmes sont particulièrement en souffrance, qui nécessitent d'être mieux documentées et davantage présentes dans les orientations de la politique de santé.

¹ Femmes et santé : les enjeux d'aujourd'hui

Rapport d'information de Mmes Annick BILLON et Françoise LABORDE, fait au nom de la délégation aux droits des femmes n° 592 (2014-2015) - 2 juillet 2015 : <https://www.senat.fr/rap/r14-592/r14-5921.pdf>

4) Aller vers un schéma directeur transversal « santé des femmes »

Le message qui se dégage de ce rapport pourrait être résumé en « la santé des femmes est un sujet, on s'en occupe », sans pour autant donner suffisamment de visibilité sur la façon dont cette préoccupation va prendre corps. Aussi, la formulation des propositions nécessite d'être mieux charpentée.

a. L'interministériel est la clé pour agir sur les déterminants de santé

C'est le premier point ; la santé des femmes dépend des constructions sociétales et des déterminants sociaux, économiques, environnementaux. Cette dimension devrait apparaître comme le premier axe des recommandations.

Le vecteur de changement en la matière est clairement l'interministériel.

A ce propos, la CNS rappelle son souhait de contribuer à cette approche interministérielle et d'être en lien avec les travaux du comité interministériel à la santé, orientation que le directeur général de la santé avait évoquée sans qu'elle soit, à ce jour, mise en pratique.

b. Le développement des connaissances doit apparaître comme un objectif fort

Les constats montrent des lacunes en matière d'observations par genre qui permettraient d'affiner les analyses. Un axe de recommandations devrait clairement inclure cet objectif.

La CNS souligne par exemple que « la question de la santé au travail est uniquement abordée au travers de l'accidentologie. Or, la qualité de la prise en charge par la santé au travail des pathologies professionnelles comme de la prévention mériterait d'être questionnée du point de vue du sexe pour avoir une vision complète qui englobe l'accès aux soins » (voir annexe 5, contribution de la CFDT).

La CNS rappelle l'attention toute particulière qui doit être portée à la santé mentale des petites filles et des femmes enceintes.

Autre remarque : la CNS propose de subdiviser la tranche d'âge des femmes de plus de 65 ans en deux sous-catégories : 65 à 80 ans et au-delà de 80 ans.

Enfin, dans la même perspective d'amélioration des connaissances, un effort volontariste d'évaluation des dispositifs mis en place (ex PASS contraception) devrait être engagé afin de progresser en qualité sur les outils mis en place (voir annexe 1, contribution du planning familial).

c. Les propositions doivent être rendues plus opérationnelles

A ce stade de rédaction du rapport de la DGS, les propositions restent au niveau des orientations. Il y aurait lieu de compléter par des fiches actions aussi souvent que nécessaire. Par ailleurs, à un moment charnière d'élaboration des politiques régionales de santé, le rapport pourrait se positionner sur les modalités de traduction de ces propositions dans les PRS (cadre d'orientation stratégique et schéma transversal).

La CNS insiste sur l'importance du travail d'information, de communication et de formation qui doit être réalisé pour surmonter les représentations actuelles qui vont à l'encontre d'une amélioration de la santé des femmes.

- En matière d'**information**, il y a lieu de faire référence à une recommandation formulée par le jury de citoyennes lors de la consultation autour du dépistage du cancer du sein qui rappelle la nécessité d'une information adaptée aux destinataires : « La conférence de citoyennes a notamment insisté sur les notions de libre-choix et d'**information accessible et adaptée**, sur le cancer du sein, la prévention et le dépistage, tout au long de la vie des femmes. » (voir site de l'INCa) ;
- En matière de **communication**, il y a lieu notamment de sortir d'une vision qui considère que les femmes sont protégées d'un certain nombre de maladies (ex. maladies cardiovasculaires) ;
- En matière de **formation**, la CNS insiste sur la nécessité d'une campagne nationale de formation en direction des professionnels de santé et notamment
 - . à la prise en compte de risques spécifiques (tabagisme, alcoolisme, ...)
 - . au dépistage du cancer du col de l'utérus
 - . à la santé environnementale

....

d. A défaut d'un plan, un engagement de suivi annuel est nécessaire

Le rapport de la DGS conclut qu'il n'y a pas lieu d'établir un plan spécifique. La CNS en prend acte. Pour autant, la CNS s'interroge sur le devenir des propositions formulées. La feuille de route « santé des femmes » présentée par la Ministre des Affaires sociales et de la santé en février 2016 annonçait un suivi annuel. Qu'en sera-t-il ?

5) Conclusion : mieux prendre en compte certaines situations et traduire en actions

En résumé, la CNS invite la DGS à mieux valoriser le travail effectué en précisant l'objectif du rapport, en l'inscrivant davantage dans le cadre d'une politique interministérielle, en traduisant de manière plus opérationnelle les propositions.

Dans cet avis, la CNS attire aussi l'attention de la DGS sur plusieurs sujets (observation, recherche, ...) et situations de femmes (précarité, santé mentale, maternité, handicap, situation d'aidant, ...) qui nécessitent réellement une meilleure mobilisation des politiques de santé et qui devraient se traduire par des volets de propositions complémentaires.

ANNEXES : contribution des membres de la CNS

Annexe 1 : Contribution de la confédération du planning familial

Eléments « à la Prévert » pour avis :

Le rapport est très descriptif : on ne peut qu'être d'accord avec un certain nombre de constats. Il centre sur les axes d'amélioration car il ne s'agit pas réellement d'un « plan santé femmes ».

Pour autant même dans ce cadre, il apporte peu d'analyses qui aideraient à déterminer des axes d'amélioration : par exemple l'impact sur la santé des violences : il constate ... mais il manque une clef pour comprendre le mécanisme de construction des inégalités (ici très lié au système de domination, à l'emprise, au manque d'autonomie économique des femmes ...) et en ressortir les leviers de l'action pour les réduire.

La prévention a été fortement marquée par les années SIDA, l'expérience des associations montre que l'information éclairée et l'éducation sont le socle d'une prévention qui intègre la personne dans sa globalité, qui lui permette d'acquérir les capacités à faire ses choix, à exercer ses droits et à penser sa santé dans son parcours de vie : or c'est toujours le parent pauvre de la santé par rapport au soin. Pourtant le processus connaissance/respect/estime de soi - connaissance/estime/respect de l'autre reconnaissance sociale - prendre soin de soi - être en bonne santé, a été démontré par nombre d'enquêtes.

La définition des inégalités sociales de santé comme des écarts d'état de santé socialement stratifiés, c'est-à-dire des différences systématiques, évitables et importantes dans le domaine de la santé observées entre des groupes sociaux (Définition du Haut Conseil de la Santé Publique) sont un postulat sur lequel nous pouvons nous appuyer.

Les femmes sont plus concernées par la pauvreté, par l'isolement, par le veuvage, 8/10 familles mono parentales sont des femmes seules avec plus de travail précaire, plus d'emplois peu qualifiés (basés sur la déqualification des métiers du care liés à la supposée « nature féminine » et une paupérisation des femmes dans les zones urbaines sensibles durant les dernières années : quel impact sur les priorités dans les programmes et les actions. L'initiative du comité interministériel des droits des femmes et de l'égalité entre les femmes et les hommes mériterait d'être mise en cadre préalable.

Quid du croisement des rapports et préconisations des différentes instances consultatives (HCE, CNS, CESE ... médecine du travail) en la matière.

Ces apports, qui pourraient orienter la recherche, contribueraient à faire évoluer une représentation persistante des femmes considérées comme un groupe naturel plutôt que social, sexe « faible », fragile, à la merci des dérèglements de leurs organes (particulièrement ceux liés à la procréation) posant les questions du rapport médicalisation/santé, d'une pensée construite par rapport à un référent masculin, et d'une perception que peuvent avoir les femmes de leurs organes comme menace à leur propre santé.

En ce qui concerne la santé sexuelle des jeunes, peut-on introduire le contexte actuel où de fortes tendances de retour à l'ordre moral en matière de sexualité, particulièrement celle des jeunes et des jeunes femmes, se manifestent aux dépens de la justesse et de la véracité des informations délivrées (opération Pokémon de l'été du courant anti droit de choisir « les Survivants, bataille et détournement des sites internet et des noms de domaine, clause de conscience des pharmaciens et contraception d'urgence etc ...) et se prévalent d'une analyse naturaliste qui alimente croyances et stéréotypes néfastes à l'exercice d'une santé sexuelle épanouie et donc sécurisée.

Ce constat qui concorde avec l'affirmation du rapport : « *il est essentiel d'agir tôt, dès le plus jeune âge, notamment par des programmes d'éducation à la santé spécifiques à l'école avec des actions ciblées (nutrition, sexualité, addictions...).* Ces programmes feront l'objet d'un partenariat entre le ministère chargé de la Santé et le ministère chargé de l'Education Nationale par l'intermédiaire d'un contrat cadre », devrait être assorti de la nécessité de rendre le droit à l'information fondamentale et mission d'Etat.

On parle de l'information à apporter avec une approche assez médicale sans dire comment et où, en fonction de l'âge et de la situation sociale, ces informations, sensibilisations sont faites ou pas, quelle

approche est la plus efficace : nous ne partons pas de rien en la matière, l'évaluation des expériences, programmes, et des préconisations (ex rapport du HCE sur l'éducation sexuelle) n'est pas prise en compte, encore moins considérée comme un apport.

L'approche comportementale (p 10) met l'accent sur les capacités individuelles de l'individu, or un parcours de vie et de santé est résultat d'un cheminement accompagné : le rôle, la qualité de l'état de santé intègre la place des professionnel.les, des dispositifs et du système de santé impliqués dans cet accompagnement : l'étude pre care menée sous la responsabilité du Dr Azria (2010 2011) est un exemple d'éclairage de la question de la précarité dans le cadre de la santé maternelle.

Elle met en évidence des éléments constitutifs de l'inégalité en santé des femmes :

- un suivi inadéquat de la grossesse ou une qualité des soins avec traitement différencié des personnes (migrantes, précaires)
- le nombre de grossesses inattendues et non désirées : paramètre contraception important qui pose la question de la connaissance et de la reconnaissance de la sexualité des femmes, particulièrement des jeunes femmes
- le lien entre suivi de grossesse inadéquat et morbidité sévère

Sur cette question de précarité, le rapport se contente du renoncement au recours aux soins, de la prévalence de certaines pathologies comme l'obésité ou du peu de recours aux dépistages sans apporter d'autres éléments sur le rapport entre santé et reconnaissance sociale, prendre soin de soi etc..

Il est fait état des caractéristiques de santé des femmes aux différents âges de la vie, la classification en âge est-elle suffisamment opérante ? ce constat ne nous indique-t-il pas plutôt qu'un processus se met en place dès (voire avant la naissance) qui nourrit et construit tout au long de son parcours de vie, la santé d'une femme ? (abordée dans les comportements pour le tabac par ex) Et cela a un coût comme il est indiqué par exemple pour les violences p 12/13

Parmi les questions qui nous préoccupent, ce rapport ne parle pas une seule fois des lesbiennes (groupe social peu étudié), de leur exposition au suicide, aux IST, du manque de suivi gynécologique et de grossesse. Pour exemple, la croyance que lesbiennes (par elles-mêmes comme par les professionnel.les) ne seraient pas « concernées » n'a-t-elle pas un impact sur la prévention des suicides, des IST et des cancers ? Pas d'éléments non plus sur les femmes en situation de handicap (mais cela a été souligné et argumenté dans la contribution de nos collègues de l'UNAPEI) et le manque de prise en charge de leur santé sexuelle. Cela alimente aussi une présomption d'hétérosexualité pour toutes les femmes, qui imprègne les relations avec les intervenant.es en santé.

La description des législations et de leur évolution, certaine, est faite sans émettre de réserves sur la réalité et l'efficacité : par exemple l'application et l'accompagnement de cette application.

Et sous-tendue, la question des moyens qui ne doit pas être taboue : en ce qui concerne la restructuration des dispositifs dédiés à la santé sexuelle, par exemple, (CPEF EICCF CeGIDD CIVG), on peut s'inquiéter du décalage entre discours et réalité : une lecture strictement économique à court terme (suppression de moyens qui permettent de travailler avec une approche centrée sur la personne), basée sur une rentabilité immédiate qui peut occulter la rentabilité sociale et peut-être économiquement rentable à plus long terme.

L'approche territoire partant des besoins identifiés lors d'un diagnostic partagé par les réseaux dédiés (quand ils n'ont pas disparu) devrait être favorisée dans la construction des PRS.

De façon générale la question de l'évaluation est peu posée : par exemple pour nous permettre de comprendre selon la pathologie causale, comment faire évoluer l'interaction avec le système et les dispositifs de santé, ou à partir des modèles statistiques comment permettre d'identifier le rôle explicatif : par exemple l'émergence du suivi prénatal différencié dans l'étude pre care.

Autre exemple concernant l'évaluation : les dispositifs PASS contraception (variés selon les régions) dont l'objectif est de répondre aux inégalités d'accès des jeunes à la contraception : leur évaluation permettrait de croiser besoins, réponses aux besoins et système de santé, impact sur la santé sexuelle et de nourrir une réflexion sur les besoins repérés avec un peu plus d'éléments d'analyse et des propositions sur les dispositifs qui peuvent y répondre ... ainsi que sur les évaluations des approches en termes de prévention etc..

La question de l'évaluation pourrait apporter un éclairage sur cette autre question : comment passer de l'intention à l'action et de décliner une volonté politique en santé. L'évaluation financière en est une, l'évaluation d'impact, une autre tout aussi importante : un exemple : lors d'échange avec le conseil départemental, financeur des CPEF dans la mission PMI, le Planning a été interrogé sur une pratique qui veut que suite à une consultation médicale, les personnes rencontrent une CCF pour clore le dossier (et pas une secrétaire) : les CPEF du Planning sont dédiés jeunes principalement : il s'agit ici de développer un accompagnement des jeunes en éducation à la santé : ont-elles ils encore des questions après ce face à face avec le médecin, ont-elles ils bien compris ? et de renforcer à partir de leur parole des connaissances et des capacités, de même, à l'occasion du paiement il est courant de faire une information sur leur protection sociale (méconnaissance importante) et de les aider à ouvrir des droits : ce travail non visible, considéré comme un « doublon » est pourtant fondamental pour permettre aux jeunes de connaître leurs droits non pas théoriquement mais en pratique, en pratique de santé. Et il a un impact : qu'est ce qui se serait passé pour cette personne si on n'avait pas été là dans son parcours, qu'est-ce que ça change pour elle, et comment ? Sans compter l'impact financier à moyen et long terme.

Evaluer une politique de santé peut se faire aussi au-delà d'expériences probantes, sur des initiatives locales, un travail de réseaux pluridisciplinaires sur un thème (qualité des soins) pour connaître l'impact sur les questions où il y a le plus d'incertitude (si ça marche, comment peut-on modéliser - exemple la délégation de tâches contraception CCF - accueils et entretiens collectifs – expérimentations des TRODS dans des structures associatives ouvertes à une population non ciblée – première demande d'IVG recueillie par personnel de santé formé et pas strictement un médecin), si ça ne marche pas, c'est aussi un élément de connaissance intéressant pour les politiques.

Annexe 2 : Contribution de l'APF

L'APF est satisfaite que la prochaine stratégie nationale de « santé sexuelle » attendue pour la fin 2016 inclue les besoins de populations féminines spécifiques notamment les femmes âgées et les femmes en situation de handicap. C'est pourquoi elle regrette que le rapport "Santé des femmes : état des lieux et propositions" n'analyse pas suffisamment les besoins spécifiques des femmes en situations de handicap. Aussi, tient à porter à la connaissance des pouvoirs publics les éléments ci-dessous.

1- La santé sexuelle des femmes en situation de handicap

La santé sexuelle passe aussi par une **éducation à la sexualité** et sur ce point, les femmes en situation de handicap manquent encore très souvent d'une éducation **adaptée** à leurs besoins. Les filles et adolescentes doivent obtenir les connaissances sur le fonctionnement de leur corps (comment avoir une relation sexuelle si son handicap nécessite une adaptation ? Comment se protéger des rapports non consentis...) par des professionnels formés.

En outre, comme le souligne le 2^{ème} manifeste sur les Droits des femmes et des filles handicapées de l'Union européenne, « la peur de la grossesse et ses conséquences (comme le fait de considérer qu'elles n'ont pas les aptitudes et/ou les moyens suffisants pour s'occuper d'un nourrisson, les répercussions physiques sur la mère, la peur que l'enfant puisse hériter le handicap, entre autres) ont été pendant très longtemps la grande préoccupation des familles et des personnes qui soignent les femmes

handicapées. Cette peur a conditionné leur vie même, en les conduisant à avoir moins d'autonomie et d'intimité, en les supervisant et en les contrôlant sans aucune justification.»

Là encore, les femmes handicapées doivent pouvoir accéder à une éducation et des **informations concernant la procréation et la planification familiale avec des outils adaptés**. Elles doivent aussi pouvoir **avoir accès aux articles adaptés relatifs à la santé sexuelle** des femmes handicapées (contraceptifs, tables d'examen gynécologique, appareils pour mammographie, etc.)

La meilleure prise en compte de la santé sexuelle des femmes handicapées permettra de lutter contre les violences sexuelles dont elles sont l'objet car leur prise en compte dans les campagnes, sur laquelle nous travaillons avec la MIPROF, ne suffira pas.

2- L'impact sur la santé de la maternité des femmes en situation de handicap

Les femmes en situation de handicap ont le droit de fonder une famille et de décider librement du nombre d'enfants qu'elles souhaitent avoir et de l'espacement entre les naissances. Mais dans la réalité, elles restent encore souvent considérées comme non aptes à être mère et leur maternité est très contrôlée et mal accompagnée, même si elle se développe, alors même que la maternité peut avoir un impact sur leur santé.

Ainsi, il est indispensable que les femmes en situation de handicap puissent bénéficier du soutien nécessaire dans toutes les étapes de leur maternité, depuis leur désir d'enfant : avoir des informations sur les **conséquences de la maternité sur leur handicap, le risque de transmission, les changements de traitement ou d'appareillage que cela va impliquer**, etc.

Elles doivent aussi pouvoir bénéficier de **matériel adapté à leur maternité** pour éviter toute complication neuromusculaire (poussettes de bébé adaptables à un fauteuil-roulant ou avec possibilité de conduite d'une seule main, biberons avec des anses, changeurs de couches à hauteur adaptable, etc.), ceux-ci devront être inclus dans les catalogues d'usage public et le surcoût pris en compte au titre de la PCH.

3- Le suivi de santé des femmes handicapées

Les femmes en situation de handicap bénéficient rarement d'un suivi de santé adéquat. Le handicap est souvent associé dans les représentations à une absence de sexualité et donc de suivi gynécologique. Elles ont ainsi moins accès au dépistage et au diagnostic précoce des cancers. De plus, il manque, par exemple, d'appareils pour mammographie qui puissent se placer à la hauteur d'un fauteuil-roulant, les centres médicaux disposent rarement d'espace suffisant dans la salle de consultation pour le déplacement avec des béquilles ou en fauteuil roulant (y compris les espaces pour se déshabiller ou se rhabiller), il n'y a pas de personnel en capacité d'aider les femmes qui en ont besoin pendant la consultation médicale. Là encore, il s'agit de faciliter le suivi de santé en permettant :

- l'accessibilité des centres médicaux et du matériel,
- la formation des professionnels,
- la prise en compte des femmes qui vivent au domicile aussi bien que de celles qui vivent en établissement,
- la prise en compte d'un temps de consultation parfois plus long.

4- La santé des aidants familiaux

Comme vous le soulignez, les femmes sont le pilier de la prise en charge de la dépendance. Mais ceci a aussi des répercussions sur la santé de ces aidantes qui, même si la loi d'adaptation de la société au vieillissement a permis des avancées, n'est pas encore suffisante.

En effet, les aidants doivent faire face à de multiples difficultés dès le dévoilement du handicap (ré-organisation de la vie professionnelle et familiale, gestion des périodes de crises, obligation de présence, soins, nursing, soutien...) qui ne sont pas sans conséquences sur l'état de **santé tant physique que psychologique des aidants familiaux et proches aidants**. Ils font état d'une fatigue physique et psychique particulier, d'anxiété, de dépression et d'un sentiment d'abandon. Les risques de dégradation de leur santé globale sont donc importants².

Afin de prévenir ces risques, il est donc essentiel de prendre en compte l'état de santé global de l'aidant afin de pouvoir lui proposer, le cas échéant, une prise en charge médicale appropriée, un soutien psychologique ou social et/ou des solutions de répit.

Pour ce faire, il est essentiel que les formations initiales et continues des professionnels de santé et du secteur médico-social leur permettent de mieux repérer, notamment par des outils d'évaluation, la souffrance et les besoins spécifiques des aidants familiaux et proches aidants.

Mieux prendre en compte au titre du service rendu à la collectivité la santé physique et psychologique de l'aidant non professionnel passe aussi par la possibilité pour chaque aidant qui le souhaite de bénéficier d'un bilan de santé annuel avec une prise en charge à 100%.

² Annales de réadaptation et de médecine physique 49 (2006) 16–22 : Les aidants familiaux des personnes myopathes : liaisons entre charge de soins, qualité de vie et santé mentale. Les aidants des adultes handicapés n° 186 : enquête Handicaps incapacités-dépendance de l'INSEE, août 2002

Résumé des attentes :

- **Permettre aux enfants et adolescents scolarisés en classe ordinaire, en dispositif adapté type ULIS ou dans une unité d'enseignement d'un établissement médicosocial de bénéficier d'une information adaptée en matière d'éducation sexuelle.**
- **Permettre l'accès à une éducation et des informations concernant la procréation et la planification familiale avec des outils adaptés.**
- **Rendre accessibles les articles relatifs à la santé sexuelle des femmes handicapées (contraceptifs, tables d'examen gynécologique, appareils pour mammographie, etc.)**
- **Faciliter la maternité des femmes en situation de handicap et son suivi de santé : accompagnement par du personnel formé, accès à du matériel adapté.**
- **Former les professionnels en ce qui concerne l'assistance spécifique aux femmes en situation de handicap aussi bien dans le domaine de la gynécologie, de l'obstétrique et de l'assistance à la violence à l'égard des femmes.**
- **Prendre mieux en compte la santé des aidants familiaux en leur permettant de bénéficier, s'il le souhaite, d'un bilan de santé annuel pris en charge à 100%.**

Annexe 3 : Contribution de FFMKR sur la santé des professionnelles de santé LA SANTE DES FEMMES PROFESSIONNELS DE SANTE

*Forte féminisation des professions de santé au cours des vingt dernières années.

En 2005, les trois quarts (76 %) des professionnels de santé sont des femmes contre 72 % en 1986. La féminisation, traditionnellement forte dans la plupart de ces métiers, s'est amplifiée, les femmes étant de plus en plus nombreuses parmi les jeunes diplômés des professions médicales et paramédicales.

D'une profession de santé à une autre, le taux de féminisation est cependant très variable, le phénomène ayant plus particulièrement concerné les médecins et les pharmaciens.

*Les femmes et leurs conditions d'exercice

Toutes professions confondues, les femmes sont présentes.

Médecins, Pharmaciens, Masseur-kinésithérapeutes, Infirmières, Chirurgiens -dentistes, Sagefemme, Orthophonistes, Pédicures-podologues, Opticiennes-lunetier, Psychomotriciennes, Ergothérapeutes, Orthoptistes, Audioprothésistes, Manipulateur ERM

Les conditions de travail en libéral, en mode salarié, ou en mode mixte ne sont pas ou peu évoqués dans la feuille de route 2016 - Femmes & Santé de Mme Marisol Touraine-Ministre des Affaires sociales et de la Santé

L'état des lieux du dernier rapport de Mars 2013 de la Drees (Nathalie FOUCADE-Lucie GONZALES Sylvie REY et Marie HUSSON) démontre que la politique globale de promotion de la santé devrait donc concerner toutes les femmes professionnelles de santé ou non.

*Facteurs négatifs dans l'exercice des femmes professionnelles de santé :

- Charge de travail trop intense (en moyenne 51 h hebdomadaires), soit beaucoup plus que la limite légale. Parmi les auxiliaires médicaux, les infirmiers(ères) et les masseurs kinésithérapeutes ont la charge de travail la plus lourde (Données CARPIMKO-2008).
- Longueur des journées de travail
- Vie privée trop parasitée par le travail
- Position debout prolongée, avec impact sur la sphère génitale et troubles vasculaires
- Syndrome d'épuisement (triple journée : travail-famille-administratif)
- RPS –Risques psycho-sociaux (notamment le ressenti de la charge mentale, de la latitude décisionnelle et du soutien social.
- Pas d'adaptation du système de santé au travail aux fonctions « féminines »
- TMS plus fréquent (une étude de l'INSEE met en évidence que pour des caractéristiques de conditions de travail égales, le risque de développer des TMS est plus important (+22 %) chez la femme que chez l'homme).
Par exemple, longtemps les tâches des infirmières sont apparaissaient sans risque pour les femmes de telle sorte que devoir souvent soulever les patients n'était pas perçu comme une pénibilité par les infirmières elles-mêmes.
- Problèmes post-accouchement et reprise du travail
- Problèmes hormonaux –Impact sur la qualité du travail

* Conclusion

Force est de constater que les professionnelles de santé ne sont pas égalitaires en matière de santé avec les autres citoyennes.

- Les congés de maternité ne sont pas identiques à ceux des femmes médecins.
- A travail égal, les professionnelles de santé sont plus exposées que les hommes professionnels de santé en raison de leurs différences physiologiques, et de leurs implications dans la vie familiale.

Annexe 4 : Contribution de la conférence nationale des présidents de CME/CHS

La problématique sur laquelle nous souhaitons attirer l'attention concerne le suicide des femmes enceintes. Je vous fait part de la contribution suivante, dont la teneur m'a été transmise par le professeur Pierre Thomas, dans le cadre de notre travail commun, CNUP et conférence, dans le cadre de la coordination nationale de la recherche en psychiatrie santé mentale mis en place en 2015.

Les décès maternels par suicides ne sont pas comptabilisés dans les statistiques des services d'obstétrique qui considèrent que les pathologies d'origine obstétricale sont les premières causes de décès maternel. Cette totaologie a des conséquences majeures en terme de financements des maternités.

La parution de l'article de Margaret Oates (ci joint) a été l'occasion d'une prise de conscience d'une réalité nouvelle : il argumente que le suicide est la première cause de décès maternels. Les praticiens britanniques ont ainsi mis en avant la nécessité de mettre en œuvre des actions de prévention du suicide maternel. Celui ci serait dû très majoritairement aux troubles de l'humeur uni et bipolaires, c'est à dire à des troubles psychiques fragilisant la femme enceinte.

En France, cette notion reste non seulement très largement méconnue mais plus encore l'idée fausse que la grossesse protège du suicide reste au contraire dominante.

Une recommandation nous semblerait ainsi très opportune dans le but d'attirer l'attention des professionnels sur la réalité de ces faits. Sur ces bases, il s'agirait de favoriser une approche préventive des soins auprès des professionnels concernés et une information plus large du public. Le dépistage précoce des troubles de l'humeur chez les femmes enceintes devrait constituer un axe majeur de prévention, mais aussi durant la période post-natale. C'est en fait tout le sujet de la prévention des états dépressifs chez la femme dans la période ante et post-natale.

Ce dépistage va bien au-delà des professionnels de psychiatrie, mais aussi les sages-femmes, les généralistes etc...

Les outils en sont connus et les compétences et les recours à mobiliser identifiés. Le coût en est faible eu égard à l'enjeu de santé publique.

2.4 Le cas particulier des suicides

Trois suicides ont été considérés comme des morts maternelles dans ce rapport : deux, survenus 82 et 102 jours après un accouchement, avec une notion explicite de dépression du postpartum ; et un survenu 6 jours après un accouchement dans un contexte de dépression.

Cependant, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a émis en 2012 de nouvelles recommandations pour la classification des morts maternelles [35]. Une des modifications par rapport aux règles antérieures concerne les suicides : il est maintenant recommandé de classer en mort maternelle directe tout suicide de femme survenant pendant la grossesse ou dans les 42 jours suivant sa fin, et en mort maternelle tardive tout suicide survenant entre 43 et 365 jours de la fin de la grossesse, indépendamment de la connaissance ou non d'un contexte psychiatrique particulier. Les arguments donnés sont que l'évaluation du rôle causal de la grossesse est très difficile en cas de suicide, et que les suicides sont sous-déclarés et le risque suicidaire encore méconnu et peu pris en considération dans la prise en charge préventive au cours de la grossesse et du postpartum ; les inclure dans la mortalité maternelle pourra susciter cette prise de conscience.

Nous avons choisi de ne pas appliquer cette nouvelle règle dans le présent rapport, la période étudiée étant antérieure. Néanmoins, nous donnons le nombre de suicides qui auraient été inclus dans la mortalité maternelle si elle avait été suivie.

Pour 2007-2009, 62 suicides sont survenus en France chez des femmes enceintes ou ayant accouché dans l'année précédente : 4 pendant la grossesse, 1 après une interruption volontaire de grossesse, 4 dans les 42 jours suivant une naissance, 47 entre 43 et 365 jours après une naissance, et 6 à un moment non précisé. Pour les suicides survenus.

après une naissance, le délai médian était de 179 jours, soit environ 6 mois.

Si ces 62 décès étaient inclus dans la mortalité maternelle, le taux global de mortalité maternelle pour 2007-2009 serait de 12,8/100 000 NV, et les suicides représenteraient 20% des morts maternelles.

Il s'agit d'un aspect important à considérer pour les comparaisons internationales, certains pays incluant tous les suicides survenant dans la fenêtre temporelle mais jusqu'à maintenant comme des morts maternelles indirectes (par exemple la Nouvelle-Zélande), d'autres incluant seulement certains suicides en fonction du contexte de survenue (comme la France).

2.5 Comparaisons internationales

- Les pays au niveau de ressources comparables, qui ont un système renforcé, permanent, de l'étude de la mortalité maternelle, au niveau national, sont assez peu nombreux. C'est à ceux-là seulement qu'il est pertinent de se comparer car l'existence de ces systèmes renforcés tend à influencer la qualité d'enregistrement des décès maternels au sein du système d'état civil (statistique démographique)

officielle) et livre des données plus fiables et détaillées sur les décès maternels. La fig 2 montre que la France se situe à un taux de 10 p 100 000 (méthode actuelle en 2007-09) qui ne diffère pas statistiquement de celui du Royaume Uni (11,4 p 100 000) dans la période 2007-08, est meilleur que celui des Pays-Bas (13,2 p 100 000 période 1993-2005) [22, 30], mais moins bon que celui publié pour la Finlande de 5,7 p 100 000 sur la période 1972- 2005 [36] (figure 3).

Annexe 5 : Contribution de la CFDT

Ce rapport sur la santé des femmes propose un vaste panorama sur l'état de santé de femmes qui ne se limite pas, et c'est heureux, à une vision centrée sur leur rôle procréateur mais qui prend en compte l'ensemble des déterminants de santé et les situations de vulnérabilité par rapport aux hommes.

C'est à juste titre que sont évoquées, du point de vue de l'état de santé des femmes, les violences dont elles peuvent être l'objet de la part des hommes, les difficultés d'articulation entre vie professionnelle et vie familiale pour beaucoup d'entre elles, notamment en cas de monoparentalité ou de proche aidant de personnes dépendantes dans leur entourage.

Cette approche très générale, voire générique, gagnerait à déboucher sur des perspectives ou programmes d'action ciblés. Au-delà de l'énoncé des problématiques, on reste un peu sur sa faim quant aux perspectives à ouvrir sur des sujets comme l'obésité, les troubles du comportement alimentaire ou le recul de l'activité physique chez les jeunes femmes. Faut-il retenir une approche différenciée vers certaines populations féminines et pour quelles cibles ? Certes, il est préférable d'introduire une dimension « femme » dans l'élaboration des plans et programmes de santé publique, plutôt qu'opter pour un plan spécifique sur la santé des femmes. Mais les actions et les cibles prioritaires pour la santé des femmes ne sont qu'esquissées autour de grands chapitres comme la santé mentale, la santé sexuelle et reproductive, les maladies chroniques et l'environnement social des femmes.

La question de la santé au travail est uniquement abordée au travers de l'accidentologie. Or, la qualité de la prise en charge par la santé au travail des pathologies professionnelles comme de la prévention mériterait d'être questionnée du point de vue du sexe pour avoir une vision complète qui englobe l'accès aux soins.

A l'heure de l'élaboration des prochains Programmes régionaux de santé, on cherchera en vain des perspectives explicites ou concrètes pour réduire les inégalités sociales ou territoriales.

Il s'agit néanmoins d'un rapport utile et très documenté qui appelle à des enrichissements futurs sur son volet de propositions

Annexe 6 : Remarques de Fibromyalgie France

- p. 17, dernière phrase : dans la parenthèse correspondant aux 'facteurs environnementaux', rajouter : « **comportement alimentaire, logement, facteurs physiques et chimiques conduisant à l'hypersensibilité, ...** »;

- p. 19, dans la partie de l'encart correspondant aux femmes âgées de plus de 65 ans, ce qui concerne les ratios homme/femme **pour les suicides** paraît confus à la lecture (entre suicides et TS), il serait donc nécessaire de clarifier la formulation de la phrase correspondante ;

- fin p.52-début p.53 : problème technique de 'justification' du texte ;

- p.59, 15ème ligne écrite : 'plus' au lieu de 'pus' ;

- p.65, 14ème ligne écrite : 'pallier' au lieu de 'palier à' ;

- p.71, premier alinéa, à la fin du paragraphe, rajouter à « Ce syndrome a été reconnu par l'OMS en 1992, et l'Académie de médecine en 2007 **et la Haute Autorité de Santé en 2010 (concernant la fibromyalgie de l'adulte).** »

- p.71, dernier alinéa, cette assertion sur la **fibromyalgie** nous semble quelque peu incomplète sur la situation de ce syndrome et nous proposons la formulation suivante : « Le ministère chargé des Affaires sociales et de la Santé conscient des délais **encore** importants **du** diagnostic **et de la prise en charge adaptée des patients**, des inégalités de la reconnaissance **du syndrome** au niveau régional **et de l'évaluation de sa sévérité par les médecins-experts, ainsi que les difficultés d'accès aux traitements médicamenteux ou non médicamenteux**, s'est saisi de ce sujet en sollicitant l'Inserm ... » ;

- p.79, en fin du 8ème paragraphe (**maladies chroniques**), il serait judicieux de suggérer concernant les cancers hormono-dépendants la prise en compte des études internationales au sujet de la part environnementale dans leur déclenchement, avec par exemple la phrase suivante : « **Concernant les cancers hormono-dépendants concernant les femmes (sein, utérus), la littérature scientifique internationale conduit à considérer sérieusement les facteurs environnementaux dans le déclenchement de ces cancers, notamment les perturbateurs endocriniens : c'est donc un sujet majeur qui devrait être dorénavant intégré dans la prévention des risques, en prenant en compte les inégalités territoriales vis-à-vis des maladies chroniques en général** ». Ce rajout devra être également rapporté, certes sous une expression plus concise, dans la partie conclusive (partie II), page 92 et concernant le paragraphe sur les 'cancers féminins'.