

Contexte politique

La santé englobe le bien-être physique, mental et social ainsi que l'absence de maladie et d'infirmité. Elle est déterminée par le contexte social, politique et économique dans lequel les personnes vivent ainsi que par la biologie (Organisation mondiale de la santé). La santé est un important domaine d'inégalité entre les femmes et les hommes en raison de leur accès et de leur recours différents et inégaux aux services de santé de base. Dans le même temps, les femmes sont exposées à certains risques sanitaires liés à la sexualité et à la procréation. Les femmes sont également exposées aux effets négatifs pour la santé de la pauvreté et de la dépendance économique, de l'expérience de la violence et de la discrimination.

Dans les conclusions du Conseil sur l'égalité et la santé dans toutes les politiques (juin 2010), le Conseil:

- A exprimé ses préoccupations concernant les différences de conditions de santé entre les États membres de l'UE et la vulnérabilité de certains groupes de personnes à une mauvaise santé.
- A reconnu que les services de santé ne suffisent pas, à eux seuls, pour exploiter pleinement le potentiel de santé et résoudre les inégalités.
- A invité les États membres à élaborer des politiques et à mener des actions en vue de réduire les inégalités, d'optimiser la collecte de données et de connaissances et de renforcer les capacités des services de santé publique.

La résolution du Parlement européen de mars 2011 sur la réduction des inégalités de santé dans l'UE

- A mis en évidence les valeurs et les principes communs que sont, notamment, l'accès à des soins de haute qualité, l'équité et la solidarité et a rappelé que la santé est influencée par le genre.
- A rappelé que les femmes sont sous-représentées dans les essais cliniques et souffrent des effets de la violence sur la santé.
- A appelé la Commission et les États membres à améliorer l'accès à la prévention des maladies, la promotion de la santé et les services de santé et à réduire les inégalités entre les groupes sociaux et les tranches d'âge.

En février 2013, la Commission européenne a publié une communication sur les investissements sociaux, qui reconnaît le rôle du système des soins de santé dans la réalisation des objectifs de croissance inclusive visés par la stratégie Europe 2020.

Objectifs stratégiques du programme d'action de Pékin et indicateurs de l'UE

- C.1.** Élargir l'accès des femmes tout au long de leur vie à des soins de santé, à l'information et à des services connexes adaptés, abordables et de bonne qualité.
- C.2.** Renforcer les programmes de prévention propres à améliorer la santé des femmes
- C.3.** Lancer des initiatives tenant compte des besoins des femmes face aux maladies sexuellement transmissibles, au VIH/sida et aux autres problèmes de santé se rapportant à la sexualité et à la procréation.
- C.4.** Promouvoir la recherche et diffuser des informations sur la santé des femmes.
- C.5.** Augmenter les ressources consacrées à la santé des femmes et suivre et évaluer la situation dans ce domaine.

Les trois indicateurs relatifs au suivi de la mise en œuvre de ce domaine prioritaire ont été adoptés sous la présidence autrichienne du Conseil de l'UE en 2006. Ils portent sur le premier objectif stratégique, à savoir l'accessibilité et la qualité des soins de santé pour les femmes et examinent l'espérance de vie en bonne santé (indicateur 1), l'accès aux soins de santé (indicateur 2) et les maladies cardiovasculaires (indicateur 3). Les grands sujets d'actualité se rattachant à plusieurs de ces objectifs, comme les effets des systèmes de prévention sur la santé des femmes, nécessitent donc plus de recherche.

La base de données «Les femmes et les hommes dans l'UE — Faits et chiffres», développée par l'Institut européen pour l'égalité entre les hommes et les femmes, fournit les données et informations les plus récentes et peut être consultée à l'adresse:

<http://eige.europa.eu/gender-statistics/women-and-men-in-the-eu-facts-and-figures>



Conclusions tirées des données de l'UE

Les maladies cardiovasculaires reculent en tant que cause de mortalité chez les femmes

Les maladies cardiovasculaires sont encore la première cause de mortalité ainsi que d'incapacité et de morbidité chez les femmes en Europe. Près de la moitié des décès dans l'UE sont provoqués par des maladies cardiovasculaires.

Les maladies cardiaques coronariennes (MCC) sont la cause la plus fréquente de décès parmi les maladies cardiovasculaires dans l'UE et représentent 13 % des décès chez les femmes et 15 % chez les hommes. Les attaques cérébrales (accidents vasculaires cérébraux — AVC) sont la deuxième cause de mortalité parmi les maladies cardiovasculaires en Europe. En effet, 11 % des femmes et 8 % des hommes sont décédés d'un AVC dans l'UE en 2010. Dans tous les États membres de l'UE, le pourcentage de décès de femmes des suites d'un AVC est supérieur à celui des hommes. De façon générale, le pourcentage de décès de femmes des suites d'un AVC en pourcentage de toutes les causes de mortalité a diminué dans la majorité des États membres depuis 2007.

Entre 2007 et 2010, le pourcentage de décès de femmes à la suite de maladies cardiovasculaires en pourcentage de toutes les causes de décès a légèrement reculé dans la majorité des États membres.

L'augmentation des comportements nuisibles à la santé chez les femmes est une menace pour la hausse de l'espérance de vie

L'espérance de vie des femmes a augmenté dans l'UE et dépasse celle des hommes. Dans le même temps, ces

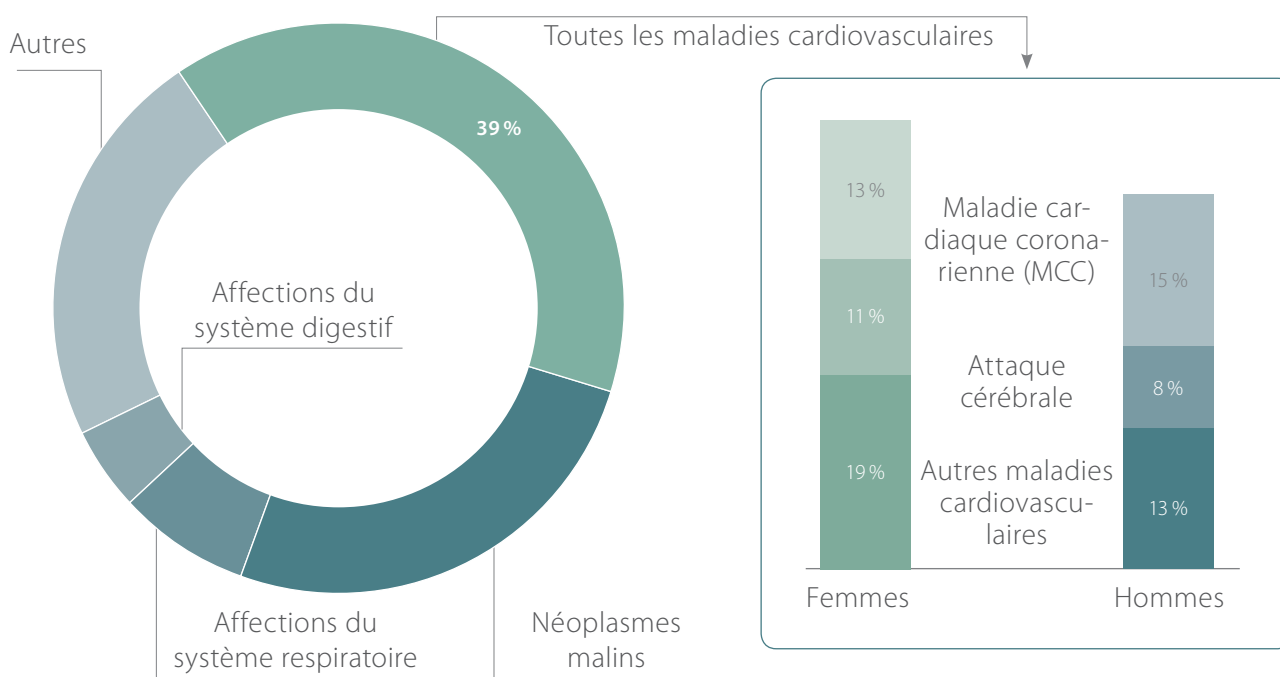
dernières années, un rétrécissement notable de l'écart femmes/hommes a été observé, essentiellement en faveur des hommes. L'augmentation du taux de tabagisme et de cancers du poumon chez les femmes, associée à une faible participation aux activités sportives, peut avoir contribué à ce comblement de l'écart entre les femmes et les hommes en termes d'espérance de vie. La mortalité due à un cancer du système respiratoire, par exemple, a augmenté de près de 70 % chez les femmes depuis 1970.

En dépit de l'allongement de l'espérance de vie, les femmes passent une plus grande partie de leur vie en invalidité et en mauvaise santé

Entre 2007 et 2010, l'espérance de vie moyenne en bonne santé à la naissance était stable dans l'EU-27, respectivement à 63 et 62 ans pour les femmes et les hommes. De 2010 à 2012, l'espérance de vie moyenne en bonne santé à la naissance s'est légèrement réduite pour les femmes (de 63 à 62 ans) et pour les hommes (de 62 à 61 ans).

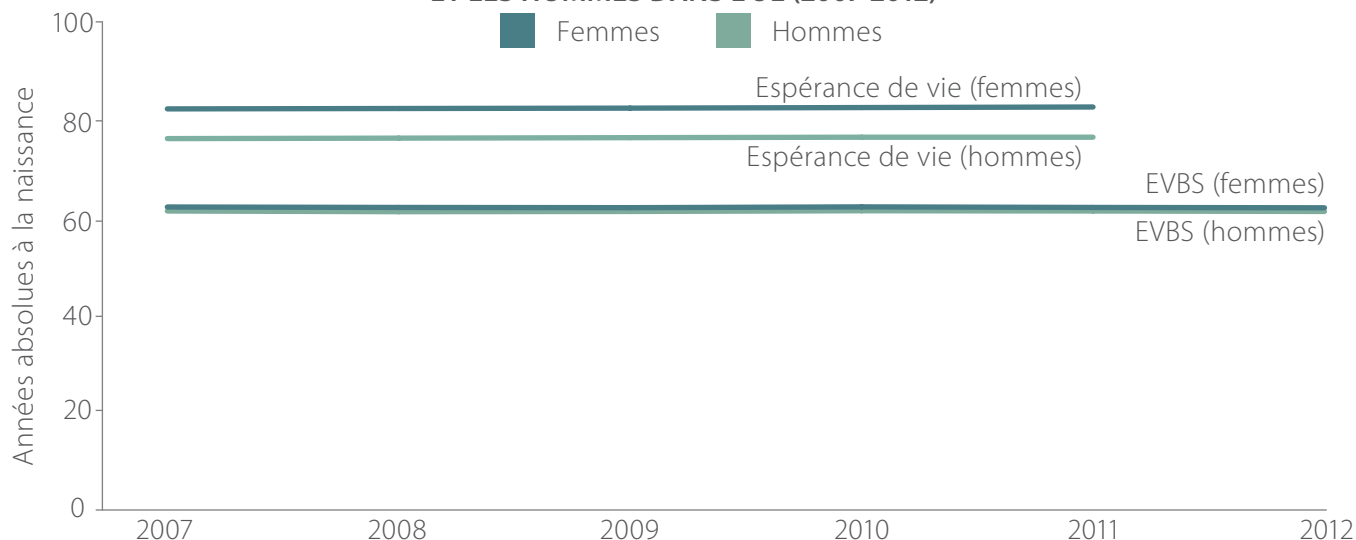
Au cours de la même période (2007-2010), l'espérance de vie en bonne santé à la naissance en pourcentage de l'espérance de vie totale a baissé de 1 point de pourcentage (pp) pour les femmes et pour les hommes au niveau de l'UE. En moyenne, les femmes passent 76 % de leur vie sans invalidité, tandis que, pour les hommes, cette durée est de 80 %. Étant donné que l'espérance de vie dans l'UE est en hausse constante tant pour les femmes que pour les hommes depuis 1980 — les femmes ayant une espérance de vie de 80 ans ou plus dans la plupart (19) des États membres —, cette baisse augure une tendance préoccupante, étant donné que les femmes passent un temps croissant en invalidité et en mauvaise santé.

MALADIES CARDIOVASCULAIRES (2010)





ESPÉRANCE DE VIE ET ESPÉRANCE DE VIE EN BONNE SANTÉ (EVBS) POUR LES FEMMES ET LES HOMMES DANS L'UE (2007-2012)



Source: Eurostat, Statistiques relatives à la santé.

Il est légèrement plus probable que les femmes perçoivent le coût comme un obstacle à l'accès aux soins de santé que les hommes

En 2012, il n'existait pas de différence significative entre les femmes et les hommes en termes de besoins d'examen médicaux non satisfaits (7 % des femmes et 6 % des hommes) et de besoins dentaires (7 % des femmes et 7 % des hommes) au niveau de l'UE. Ces différences deviennent plus notables au niveau des États membres, où les pourcentages de femmes déclarant des besoins médicaux non satisfaits étaient d'au moins 2 points de pourcentage (pp)

supérieurs à ceux des hommes, allant de 2 à 4 dans cinq États membres. Par rapport à 2007, les besoins non satisfaits d'examen médicaux ont légèrement augmenté pour les femmes et pour les hommes au niveau de l'UE en 2012.

S'agissant des raisons des besoins non satisfaits d'examen médicaux, le coût («trop cher») différencie les femmes des hommes, 3 % des femmes et 2 % des hommes ayant donné cette réponse en 2012, même si cela représente une faible différence. Ces chiffres sont, dans une large mesure, comparables à ce qu'ils étaient en 2007.

Initiatives utiles

La prévention et le diagnostic précoce ont réduit la mortalité des femmes causée par certains types de cancer: le dépistage gratuit du cancer du sein et du col de l'utérus a été instauré dans plusieurs États membres (BE, DK, DE, EE, IE, FR, HR, CY, LV, LT, HU, SI). En outre, différents États membres ont introduit une vaccination gratuite contre le papillomavirus humain pour les jeunes filles (entre 12 et 14 ans) afin de prévenir un cancer du col de l'utérus (BE, DK, IE, FR, CY, HU, MT, PT, RO). Les rapports des États membres à la Commission économique des Nations unies pour l'Europe (CEE-ONU) indiquent une baisse du nombre des nouvelles infections par le VIH/sida et des maladies sexuellement transmissibles chez les femmes et les hommes dans plusieurs États membres de l'UE, ce qui témoigne du succès des programmes de prévention. Certains pays ont mis au point des campagnes, des sites web ou du matériel d'information (brochures, dépliants et guides) afin de sensibiliser le public au VIH/sida (BG, DK, DE, EE, FR, HR, CY, LT, PT, RO). Parallèlement, des tests et des conseils gratuits ont été organisés et des programmes d'éducation sexuelle ont été élaborés et mis en œuvre (BE, DK, EL, HR, CY, PT, SK).

Ces dernières années, de nombreux États membres ont élaboré de nouveaux programmes et plans en matière de **santé maternelle**. En témoignent les conseils et les soins prénataux proposés à toutes les femmes enceintes, généralement à titre gratuit (BE, DE, EE, HR, CY, PL, RO, SI). D'autres mesures ont été prises comme la promotion de l'allaitement, le soutien des femmes allaitantes et la création d'hôpitaux «amis des bébés» (CY, HU, RO). En Pologne, le développement du dépistage précoce a réduit le taux de mortalité périnatale, qui est passé de 7,2 % en 2009 à 6,5 % en 2012. Un autre bon exemple est l'augmentation des consultations de planning familial et l'amélioration de l'accès aux méthodes contraceptives, en particulier pour les jeunes femmes, afin de réduire les avortements légaux (BG, DK, DE, IT, CY, LT, NL, AT, PL, PT, RO, SI, SK). Dans d'autres États membres comme la France, le nombre d'avortements est stable depuis 2006 et la prévalence de l'utilisation de contraceptifs est élevée.

Plusieurs États membres ont mis au point des **mesures destinées à améliorer l'accès aux services de santé** et à l'information chez certains groupes de femmes marginalisées, comme les femmes en situation de handicap, les femmes rurales ou les femmes issues de différentes communautés ethniques (BE, CZ, DK, DE, EL, LT, PT, RO). La volonté de garantir l'égalité d'accès au système de santé à l'ensemble de la population a été mise en évidence dans différents pays (BG, DK, DE, EE, IE, CY, LT, MT, PL, PT, SI, FI) par le biais de prestations de santé administrées par le système national d'assurance maladie.



PROGRÈS ET OBSTACLES DANS LE DOMAINE C: LES FEMMES ET LA SANTÉ

PROGRÈS

- L'espérance de vie augmente dans l'UE pour les femmes et les hommes.
- L'espérance de vie en bonne santé a augmenté dans 15 États membres.
- De façon générale, les femmes et les hommes déclarent bénéficier d'un bon accès aux soins de santé et ne pas avoir de besoins non satisfaits.
- Dans l'ensemble, la proportion de décès dus à des maladies cardiovasculaires diminue.

OBSTACLES

- L'écart entre les femmes et les hommes en matière d'espérance de vie se comble lentement.
- L'espérance de vie des femmes augmente plus lentement, en raison de l'adoption de styles de vie nuisibles à la santé.
- L'espérance de vie en bonne santé a légèrement baissé au niveau de l'UE et est inférieure pour les femmes.
- Les coûts des soins de santé gênent plus l'accès des femmes que celui des hommes aux services de santé.
- La probabilité que des femmes décèdent des suites de maladies cardiovasculaires est plus élevée que pour les hommes.
- Traiter la santé sous l'angle de la dimension de genre demeure un défi majeur.

La voie à suivre pour l'UE

- Les besoins en matière de santé doivent être abordés à la fois sous l'angle de chaque sexe et en tenant compte de la perspective de genre, afin de faire en sorte que les causes sous-jacentes des différences entre les situations sanitaires et la prévalence des maladies soient mieux appréhendées.
- Considérer l'accès et le droit des femmes à la santé reproductive comme essentiels à la vie des femmes et relever le défi de l'absence de consensus dans les États membres sur les méthodes contraceptives et l'avortement.
- Veiller à ce que le traitement des femmes âgées et en situation de handicap soit équitable par rapport à la baisse de l'espérance de vie en bonne santé et à la hausse de l'espérance de vie, dans la mesure où elles sont davantage exposées à des risques de mauvais traitements et/ou de négligence.
- Évaluer les déterminants de la santé selon une perspective de genre afin de faire face à l'évolution des schémas de santé et au développement d'une mauvaise santé chez les femmes.
- Fixer les priorités de la collecte de données dans ce domaine afin de permettre une évaluation de la situation.
- Éliminer les obstacles généraux et spécifiques que les femmes rencontrent pour accéder aux soins de santé (par exemple les coûts).
- Garantir l'égalité d'accès aux soins de santé pour toutes et tous (par exemple les migrantes).

Institut européen pour l'égalité entre les hommes et les femmes (EIGE)

L'Institut européen pour l'égalité entre les hommes et les femmes (EIGE) est le centre de connaissances de l'UE sur l'égalité de genre. L'EIGE soutient les responsables politiques et toutes les institutions compétentes dans leurs efforts pour que l'égalité entre les femmes et les hommes soit une réalité pour toutes et tous, en Europe mais aussi au-delà, en leur apportant également une expertise spécifique et des données comparables et fiables sur l'égalité de genre en Europe.

Pour en savoir plus: <http://eige.europa.eu>

Le centre de documentation et de ressources (RDC) de l'Institut européen pour l'égalité entre les hommes et les femmes est un outil pratique et innovant conçu pour aider à localiser les ressources clés sur l'égalité de genre, faciliter l'échange de connaissances entre les parties intéressées par les politiques et pratiques relatives à l'égalité de genre et offrir un espace de discussion et de débat en ligne.

Pour en savoir plus: <http://eige.europa.eu/content/rdc>



Contact:

Institut européen pour l'égalité
entre les hommes et les femmes
Gedimino pr. 16, LT-01103 Vilnius, LITUANIE
Tél. +370 5215-7444/7400

facebook.com/eige.europa.eu

twitter.com/eurogender

youtube.com/eurogender

<https://eurogender.eige.europa.eu>



ISBN 978-92-9218-565-7

doi:10.2839/26160

MH-04-15-022-FR-N