



Etude n° 02/2006

***Femmes monoparentales :
état de santé
et accès aux soins de santé***

Hedwige Peemans-Poullet



Les femmes monoparentales en Belgique

Problèmes de sécurité sociale : état de santé et accès aux soins de santé

(mars 2006)

Hedwige Peemans-Poullet

Ce «document de travail» est une partie de la recherche sur
« Les Femmes monoparentales en Belgique».¹

Il a été réalisé à la demande et grâce au subside octroyé par
Rudy DEMOTTE, Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique.

Les résultats concernant la santé et l'accès aux soins de santé proviennent des enquêtes
«La Santé en Belgique» de 1997 et 2001.

Nous remercions l'Institut Scientifique de la Santé Publique pour sa précieuse collaboration à
cette recherche.

¹ réalisée en collaboration par :

-l'ULg (Panel Démographie Familiale) par Marjorie Nibona sous la direction de Marie-Thérèse Casman ;
- et l'Université des Femmes sous la direction d'Hedwige Peemans-Poullet ;

grâce à un financement de la Ministre-Présidente de la Communauté française Wallonie-Bruxelles et à
l'accompagnement de la Direction de l'Egalité des Chances du Ministère de la Communauté française.

L'Université des Femmes est un Service d'Education permanente subsidié par le Ministère de la Communauté française Wallonie-Bruxelles.

Les femmes monoparentales : état de santé et accès aux soins de santé

Introduction

Dans un chapitre de la recherche générale sur «Les femmes monoparentales en Belgique»², nous avons développé quelques aspects de la littérature sur la relation entre la monoparentalité des femmes et leur état de santé. Nous en retenons l'hypothèse générale que les femmes monoparentales jouissent d'une moins bonne santé que les mères vivant en couple.

Une explicitation de cette de cette hypothèse serait que cet état de santé médiocre proviendrait plus ou moins de la violence subie par les femmes monoparentales. Quelques études font, en effet état, après une séparation ou un divorce, d'un accroissement des violences infligées aux femmes par leur ex-conjoint. Patricia Romito, résume des études qui, au Canada, aux Etats-Unis, en Italie, en Suisse... ont récemment mis ce phénomène en évidence.³

² réalisée en collaboration par :

-l'ULg (Panel Démographie Familiale) par Marjorie Nibona sous la direction de Marie-Thérèse Casman ;
- et l'Université des Femmes sous la direction d'Hedwige Peemans-Poullet ;

³ Patrizia Romito, «*Violence privée, complicités publiques...*» dans *Femmes et hommes dans le champ de la Santé*.

Approches sociologiques, sous la dir. de P. Aïach, D. Cèbe, G. Cresson et C. Philippe, éd. ENSP, Rennes, 2001, p. 19-50.

- aux U.S.A. une femme court plus de risques de mourir si elle quitte un homme violent que si elle reste avec lui ;
- au Canada, 23 % des femmes tuées par leur mari en étaient séparées ;
- en Suisse, parmi les femmes séparées, 20 % avaient subi des violences au cours de l'année précédant une enquête sur les violences ;
- en Italie, dans la région de Trieste, 16 % des femmes séparées ou divorcées avaient subi des violences au cours de la dernière année précédant une enquête...

Au cours de ce chapitre nous mettons ces hypothèses à l'épreuve des données recueillies par les deux premières enquêtes de santé en Belgique (1997 et 2001).

Rappelons que ces enquêtes sont réalisées pour donner au pouvoir politique un aperçu de l'état de santé de la population en général afin de lui permettre de mener une «politique de santé publique». La commission «genre et santé» du Conseil de l'Egalité des Chances entre Hommes et Femmes a rendu un avis relativement critique sur certains aspects de la méthode, notamment sur l'environnement familial de l'entretien, sur l'approche excessivement comportementaliste de l'état de santé et enfin sur le peu de questions portant sur les questions de violences. (Avis n° 51 du 13 septembre 2002).⁴

Pour vérifier notre hypothèse, nous abandonnons la littérature courante sur la comparaison entre la santé des femmes et celle des hommes, afin de saisir la différence entre l'état de santé des femmes monoparentales et celui des mères vivant en couple.

Présentation des enquêtes de santé en Belgique

Le lancement d'enquêtes récurrentes sur l'état de santé et l'accès aux soins de santé de la population en Belgique traduit une volonté politique de mener une politique de santé publique ajustée à la réalité de terrain. La première enquête a été menée en 1997, la deuxième en 2001, elles se répètent tous les quatre ans.⁵

Il s'agit d'enquêtes par interview ce qui signifie que les résultats reposent sur les déclarations des individus interrogés. Chaque individu interrogé répond à trois types de questionnements : un premier questionnaire, rempli par l'enquêteur avec la personne interrogée porte sur la description du ménage (composition, nationalité, mutuelle, revenus, frais de santé...); un second questionnaire également rempli par l'enquêteur en «face à face» concerne l'état de santé et certains aspects du mode de vie...; un troisième questionnaire est rempli par écrit par la personne interrogée seule et concerne l'état de santé (subjective) et certains éléments de connaissances ou conceptions à l'égard de comportements en rapport avec la santé.

Des questions de contrôle sont destinées à vérifier la cohérence des réponses entre elles. L'échantillon est scientifiquement construit. Les biais systématiques sont connus et font l'objet de commentaires spécifiques. La présentation résumée des caractéristiques scientifiques des enquêtes figure dans la publication de la synthèse de l'enquête de 1997 et sur le site de l'Institut Scientifique de la Santé Publique.⁶

⁴ Avis disponible sur le site du Conseil www.conseildelegalite.be

⁵ Les résultats de l'enquête de 2004 viennent d'être rendus publics.

⁶ www.iph.fgov.be

Chaque enquête porte sur un nouvel échantillon, on ne peut donc pas prétendre lire un suivi individuel d'une enquête à l'autre.

La philosophie de l'enquête est fondée sur l'idée que la politique de santé publique doit s'évertuer de modifier les *comportements individuels néfastes à la santé*. Nous ne partageons pas cette philosophie comportementaliste qui est d'ailleurs largement aveugle au «genre». En effet, les femmes adoptent beaucoup moins que les hommes les comportements jugés nuisibles à la santé (alcoolisme, tabagisme, alimentation défectueuse...) et sont cependant plus malades que les hommes. Les corrélations que les scientifiques pensent avoir découvertes entre ces comportements et l'état de santé ne seraient valables que pour les hommes.

C'est pour cette raison que, dans le traitement des données de ces enquêtes, nous n'avons pas retenu les indicateurs de comportement.

Nous partons en effet du principe qu'une politique de santé publique devrait s'appuyer sur la *réduction des inégalités de santé*. Les inégalités sociales sont connues mais ne font guère l'objet de politiques découlant de cette connaissance. Les inégalités entre hommes et femmes sont à peine connues et sont encore moins prises en considération.

Dans les enquêtes de santé, les développements plus spécifiquement destinés aux femmes concernent principalement la santé reproductive en vertu d'une approche traditionnelle toujours marquée par l'idéologie du «*tota mulier in utero*». Les taux de prévalence des pathologies retenues paraissent un meilleur indicateur d'importance.

Nous n'avons d'ailleurs pas retenu ces aspects parce que notre recherche consiste à comparer les états de santé respectifs des femmes monoparentales et des mères vivant en couple, les unes et les autres ayant donc des enfants à charge au moment de l'enquête.

Nous avons constaté par ailleurs la rareté des questions portant sur les circonstances qui peuvent influencer l'état de santé des femmes comme les violences⁷ psychiques, physiques et sexuelles subies pendant la période couverte par l'enquête ou comme les circonstances entourant les accidents domestiques et leurs conséquences, ou encore comme la «charge mentale» liée à l'absence de partage des responsabilités familiales, etc...

Profil des femmes monoparentales dans les enquêtes de santé de 1997 et 2001

Après avoir constaté qu'un nombre très restreint de femmes monoparentales figuraient dans chacune des enquêtes de santé, nous avons décidé de suivre le conseil de l'Institut Scientifique de Santé Publique (ISSP) et de globaliser deux années d'enquête, 1997 et 2001, de façon à saisir des données moins aléatoires quant à leur représentativité.

Pour ces deux années additionnées, nous avons donc 2662 mères âgées de 20 à 59 ans compris. Parmi celles-ci figurent 438 femmes monoparentales et 2224 mères

⁷ Cet aspect est un peu plus développé dans l'enquête de 2004.

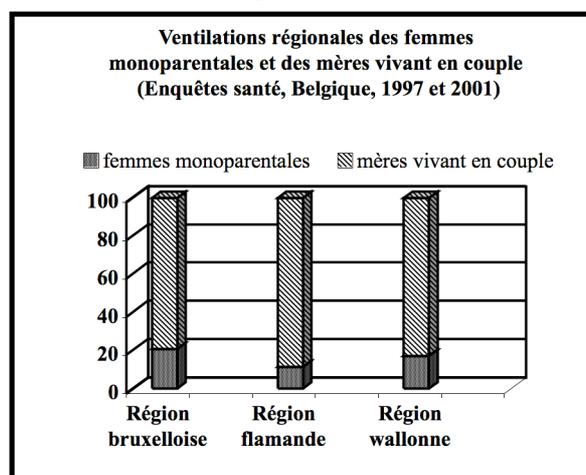
vivant en couple. Les femmes monoparentales représentent 16,5% et les mères vivant en couple 83,5% de cet *ensemble de mères âgées de 20 à 49 ans*.

Les femmes monoparentales sont un peu plus nombreuses dans notre sélection qu'elles ne le sont habituellement dans d'autres données statistiques. En 2000, il y aurait selon le registre national, 7,4 % de *femmes monoparentales sur l'ensemble des ménages vivant en Belgique* (source : registre national, 2000, W. Van Dongen, 2003)⁸. Les différences de pourcentages s'expliquent généralement par les ensembles de référence qui sont différents.

Les quelques données qui suivent permettent de dresser un profil sommaire des femmes monoparentales en comparaison avec les mères vivant en couple, telles qu'elles figurent dans notre sélection de l'échantillon globalisé des deux enquêtes santé de 1997 et 2001.

Les femmes monoparentales sont proportionnellement plus nombreuses dans la Région de Bruxelles-Capitale (20,9%) puis en ordre décroissant, en Wallonie (17,2 %) et enfin en Flandre (11,4 %). Ce résultat est un peu surprenant parce que le taux de monoparentalité est généralement plus élevé en zone urbaine qu'en zone rurale et que, si le taux d'urbanisation de la Région bruxelloise est particulièrement important et concorde avec un taux de monoparentalité élevé, par contre la Flandre a un taux d'urbanisation plus élevé que la Wallonie et connaît cependant un taux de monoparentalité moins élevé. C'est ce que montrent les deux graphiques qui suivent.

Graphique 1. Ventilations régionales du taux de monoparentalité

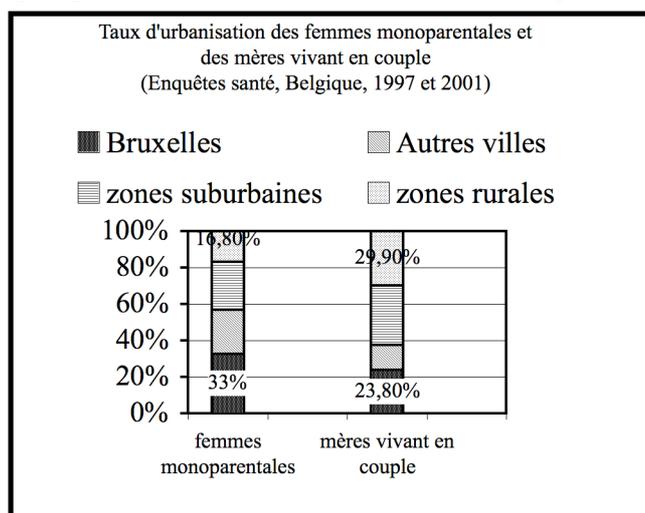


⁸ Pour 2004, l'INS fournit la proportion suivante : les mères avec enfants non-mariés représentent 9,3 % de tous les ménages privés et 15,6 % de tous les noyaux familiaux.

Selon Bradshaw [2002], les *familles monoparentales* représentent 12 % de toutes les familles avec enfants à charge et 89 % de ces familles monoparentales sont en réalité des *femmes monoparentales*.

J. Bradshaw et N. Finch, *A comparison of child benefit packages in 22 countries*, The University of York Social Policy Research Unit, York, 2002.

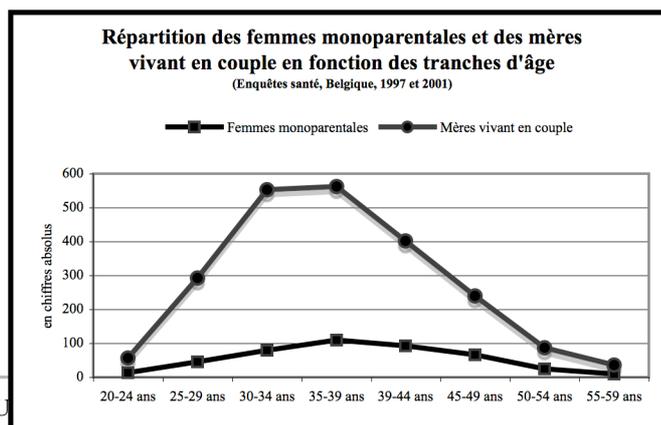
Graphique 2. Taux d'urbanisation et monoparentalité



La ville de Bruxelles regroupe à elle seule 33 % des femmes monoparentales et seulement 23,8 % des mères vivant en couple. Rien ne permet de dire si c'est la vie urbaine qui entraîne la monoparentalité ou au contraire, si les femmes monoparentales, cherchant à échapper au regard social, préfèrent s'installer en ville où elles trouvent plus facilement les commodités de transports, commerces, écoles, etc. De toutes manières près de 60 % des femmes monoparentales vivent en ville et ce pourcentage atteint même 83,5 % si on y ajoute les zones suburbaines.

Rappelons que nous avons retenu des mères âgées de 20 à 59 ans compris, ce qui correspond, grosso modo, à leur âge d'activité. La monoparentalité atteint la fréquence la plus élevée au milieu de cet âge d'activité, soit vers les 35-39 ans.

Graphique 3. Monoparentalité et tranches d'âge

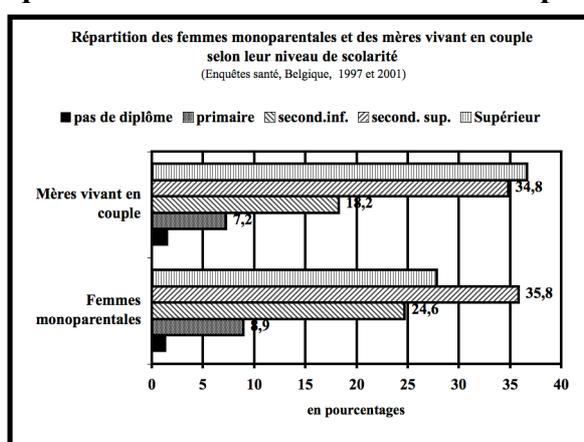


Aujourd'hui, dans les trajectoires de vie des deux groupes de mères, la formation initiale et la première insertion professionnelle sont presque toujours antérieures à tout épisode de mariage ou cohabitation et de maternité, vécue en couple ou en monoparentalité.

La perte d'autonomie et d'autosuffisance économique que nous observerons chez les deux groupes de mères provient donc le plus souvent d'un processus de «décrochage» socioprofessionnel et moins qu'autrefois d'une absence d'insertion primaire.

Pour comprendre ce «décrochage», il convient de tenir compte du niveau de formation initial. Les femmes monoparentales sont surreprésentées parmi les mères ayant un niveau de formation médiocre (maximum enseignement primaire) ou moyen (maximum secondaire inférieur et secondaire supérieur) : c'est une situation qui est antérieure à leur période de monoparentalité.

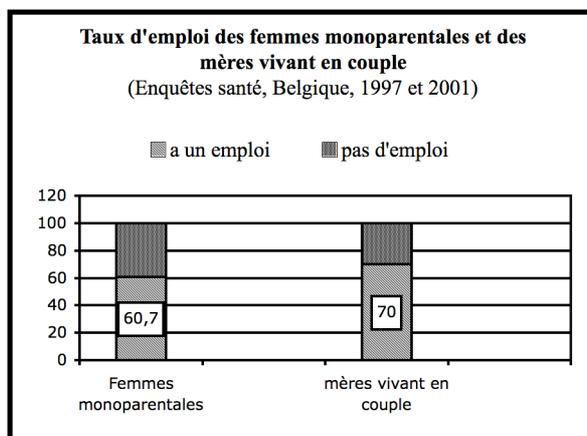
Graphique 4. Niveau de scolarisation et monoparentalité



Le risque de monoparentalité est donc particulièrement important pour les femmes diplômées de l'enseignement secondaire. On observe, par contre, que seulement 27,8 % des femmes monoparentales mais 36,6 % des mères vivant en couple sont dotées d'un diplôme de l'enseignement supérieur. Ces chiffres ne permettent pas de dire si un diplôme de niveau moyen a une plus grande incidence sur l'entrée dans un épisode de monoparentalité ou au contraire, si un diplôme de niveau élevé a une plus grande incidence sur la sortie de la monoparentalité.

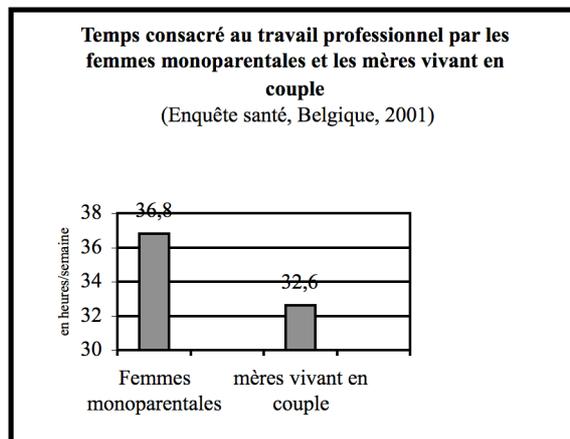
La corrélation habituellement faite entre niveaux de scolarisation et taux d'emploi se vérifie évidemment chez nos deux catégories de mères. Ce taux d'emploi est cependant assez faible chez les femmes monoparentales; plus de 39 % d'entre elles ne sont pas «actives occupées», alors que seulement 30 % des mères vivant en couple ne sont pas «actives occupées».

Graphique 5. Taux d'emploi et monoparentalité.



Par contre les femmes monoparentales qui ont un emploi effectuent, en moyenne, un temps de travail plus long que les mères vivant en couple. Elles travaillent en moyenne 36,8 h/semaine ce qui indique qu'elles sont proportionnellement moins nombreuses que les mères vivant en couple à travailler à temps partiel. Ainsi pour les mères qui ont un emploi, la monoparentalité atténue la corrélation habituellement observée entre faible niveau de scolarisation et travail à temps partiel.

Graphique 6. Durée hebdomadaire consacrée au travail professionnel

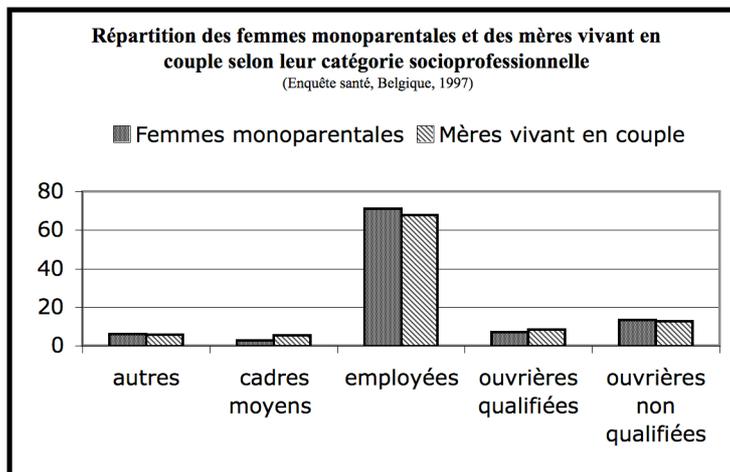


Les profils socioprofessionnels des femmes monoparentales et des mères vivant en couple se ressemblent malgré les différences de formation déjà observées. Pour les catégories de qualification socioprofessionnelle nous avons retenu les seuls chiffres de l'enquête de santé de 1997.⁹ Les trois quarts des mères sont dans la catégorie des

⁹ En effet, suite à un enregistrement des données qui présentait des incohérences entre 1997 et 2001, nous avons repris les seules données de 1997 qui sont concordantes pour les deux catégories de mères et ressemblent aux données connues par ailleurs.

employées et cadres moyens, un cinquième d'entre elles figure dans la catégorie des ouvrières (qualifiées et non qualifiées). Entre les deux catégories de mères, les différences de qualifications sont moins prononcées que les différences de leurs niveaux de scolarisation respectifs. Les mères vivant en couple sont un peu plus nombreuses à être «cadres moyens» (5,2 %) que les femmes monoparentales (2,8 %) et à être ouvrières qualifiées (8,4 %) que les femmes monoparentales (6,9 %).

Graphique 7 : Catégories socioprofessionnelles et monoparentalité

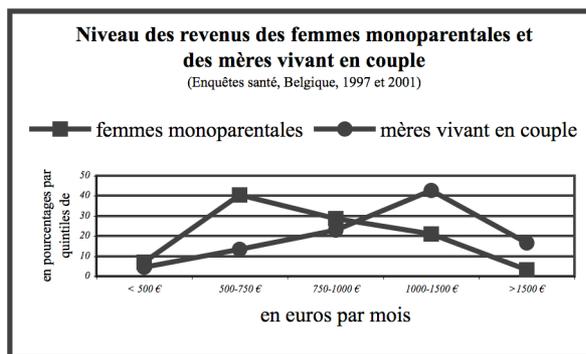


Reste à présenter les revenus des ménages de ces deux catégories de mères. Le graphique ci-dessous montre l'importance des écarts de revenus entre les ménages des femmes monoparentales et ceux des mères vivant en couple. Les données ne permettent pas de faire des comparaisons plus fines, notamment en distinguant les ménages des mères vivant en couple disposant d'un ou de deux revenus, en distinguant les femmes monoparentales avec ou sans emploi, avec ou sans pension alimentaire, etc....

Un faible pourcentage des mères (6,9 % des femmes monoparentales et 4,4% des mères vivant en couple) déclarent disposer d'un revenu qui, en 1997, était inférieur à 500 € par mois, alors qu'à cette époque le montant du MINIMEX pour une famille monoparentale ou pour un ménage était de 677 € par mois (sans compter les allocations familiales).¹⁰ Dans la tranche de revenus de 500 à 1000 € par mois, nous trouvons près de 70 % des femmes monoparentales et «seulement» 36,3 % des mères vivant en couple ; dans les tranches de revenus les plus élevées, allant de 1000 à 1500 € et plus par mois, nous trouvons seulement 24 % des femmes monoparentales mais 59,2 % des mères vivant en couple.

¹⁰ De telles réponses posent des problèmes d'ignorance, d'occultation ou de non recours au droit...

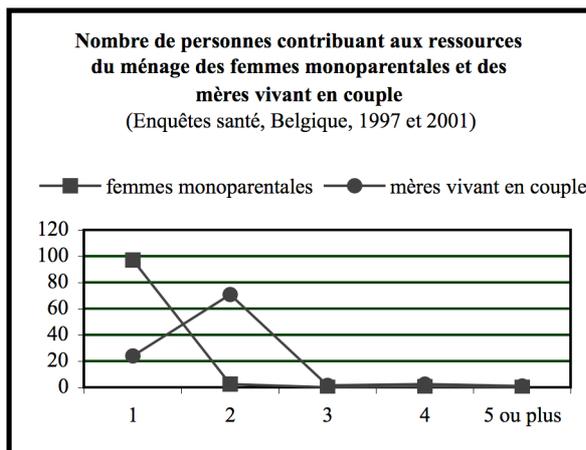
Graphique 8. Revenus du ménage et monoparentalité



Ces différences s'expliquent en grande partie par le nombre de personnes qui contribuent aux revenus de ces deux types de ménages.

On ne sera pas surpris de constater que 97,1 % des ménages des femmes monoparentales ne disposent que d'un seul revenu¹¹ tandis que seulement 24,1 % des ménages des mères vivant en couple sont dans ce cas. Près de 76 % des mères vivant en couple font partie d'un ménage à deux (70 %), trois, quatre ou même cinq revenus.

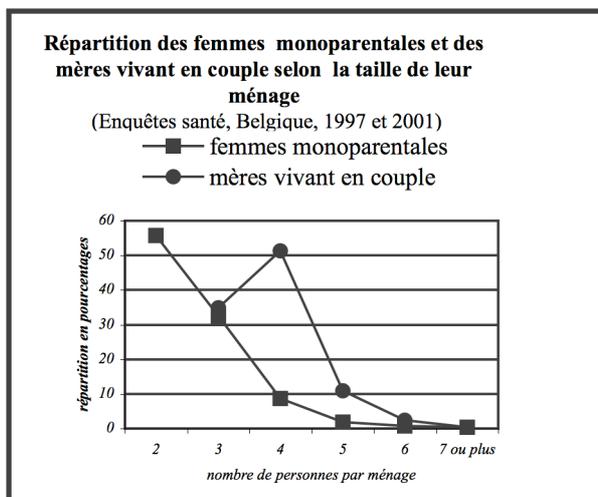
Graphique 9. personnes contribuant aux revenus du ménage



Les ménages des femmes monoparentales sont en moyenne de très petite taille : 55,8 % sont des ménages de deux personnes, c'est-à-dire une mère avec un enfant. Près de 35 % mères vivant en couple forment un ménage de trois personnes, c'est-à-dire, là aussi, avec un seul enfant. Il y a deux enfants dans 32,5 % des ménages de femmes monoparentales et 51 % des ménages des mères vivant en couple. Au total plus de 88 % des femmes monoparentales et 86 % des mères vivant en couple ont *moins de trois enfants à charge* comme le visualise le graphique ci-dessous.

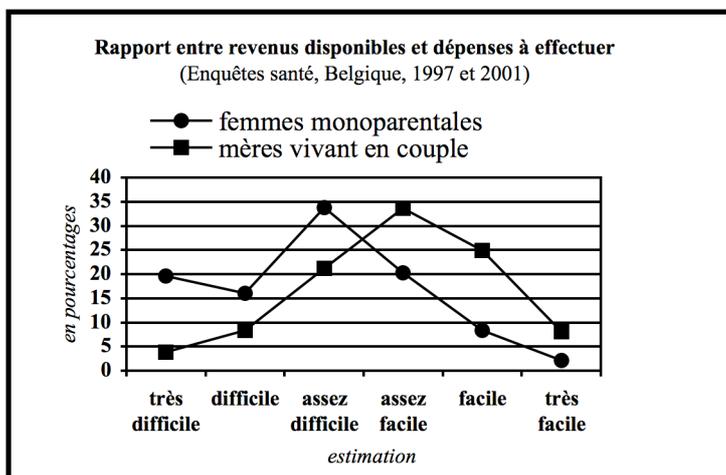
¹¹ On ne sait pas si les répondantes ont tenu compte de l'éventuel versement de pensions alimentaires.

Graphique 10 : Taille des ménages et monoparentalité



Il existe de fortes différences entre femmes monoparentales et mères vivant en couple quant au sentiment d'aisance matérielle ou, au contraire, de difficulté à nouer les deux bouts. Près de 70 % des femmes monoparentales estiment avoir difficile (très difficile 19,6%, difficile 16%, assez difficile 33,8%) à nouer les deux bouts. Or, seulement, un peu plus de 33 % des mères vivant en couple sont dans ce cas et cela avec des degrés de difficulté moins marqués (très difficile 3,8%, difficile 8,4%, assez difficile 21,2%).

Graphique 11. Tension entre revenu disponible et dépenses à effectuer



Ce graphique indique qu'une proportion importante de mères, monoparentales ou en couple, sont quotidiennement stressées par la gestion du budget familial; nous retrouverons ce problème à propos des dépenses de soins de santé.

Nous avons ainsi dressé, à partir des enquêtes de santé de 1997 et 2001, un rapide profil socio-économique des femmes monoparentales en les comparant aux mères vivant en couple. Les résultats de ce profil sont attendus : faible niveau de formation, insertion professionnelle un peu inférieure à la moyenne aussi bien quantitativement que

qualitativement, mais une durée de travail supérieure à la moyenne, ménages de très petite taille, basés presque toujours sur un seul revenu (la question spécifique des créances alimentaires n'a pas été posée), importance du stress provoqué par les difficultés budgétaires.

Nous pouvons ainsi aborder la question spécifique de l'état de santé des femmes monoparentales et de leur accès aux soins de santé toujours par comparaison avec les mères vivant en couple.

Etat de santé des femmes monoparentales

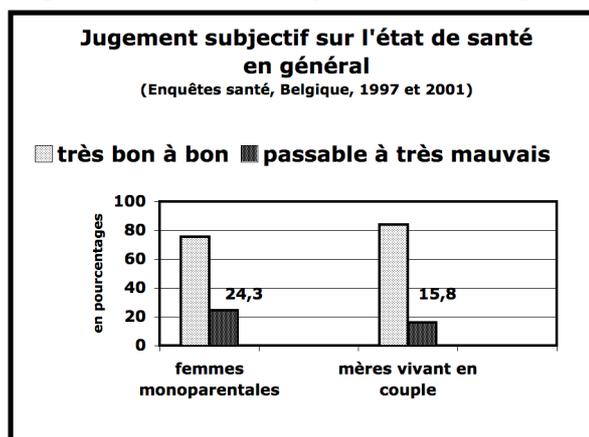
Commençons par rappeler que les femmes en général se trouvent dans un moins bon état de santé que les hommes en général. Ainsi dans l'enquête de 2001, si dans l'ensemble, 23% de la population (15 ans et plus) estimaient que leur état de santé n'était pas satisfaisant, ce pourcentage était seulement de 20% pour les hommes mais atteignait 25% pour les femmes.¹²

Mais notre recherche porte sur la comparaison entre deux groupes de *mères* au sein de cette population de *femmes* qui est en moins bon état de santé que les hommes.

D'emblée, apparaît une différence assez sensible entre les deux catégories de mères. En effet, en 1997/2001, dans la tranche d'âge 20 à 59 ans retenue pour notre recherche, 17 % des mères en général estimaient que leur état de santé était «passable à très mauvais», mais 24,3% des femmes monoparentales étaient dans ce cas tandis que seulement 15,8 % des mères vivant en couple en pensaient de même.

Cette différence entre les femmes monoparentales et les mères vivant en couple est visible dans le graphique qui suit.

Graphique n° 12. Santé subjective et monoparentalité



Cette différence est partiellement liée aux relations connues par ailleurs, entre l'état de santé et les niveaux de formation, de revenus et d'emploi : nous avons vu que les femmes monoparentales sont, pour tous ces aspects, moins bien dotées que les mères vivant en couple.

¹² Enquête de santé par interview. Belgique 2001, Livre 2 : état de santé, p.51.

Pour l'état de santé subjective de l'ensemble des femmes, les enquêtes de santé montrent des différences assez sensibles entre les trois Régions. Les femmes des Régions Bruxelloise et Wallonne s'estiment en moins bonne santé que les femmes de la Région flamande. Mais nous n'avons pas fait état de ces différences régionales pour nos deux groupes de mères, vu que le nombre total de femmes monoparentales retenues par nos données est trop restreint et que la ventilation par Régions risque d'être trop aléatoire. Des recherches complémentaires seraient bien utiles.

Diverses études ont déjà montré les corrélations qui se manifestent entre cette perception subjective de l'état de santé et les plaintes concrètes par rapport à des affections réelles diagnostiquées le plus souvent par des médecins. La suite de notre dépouillement confirme ces observations.

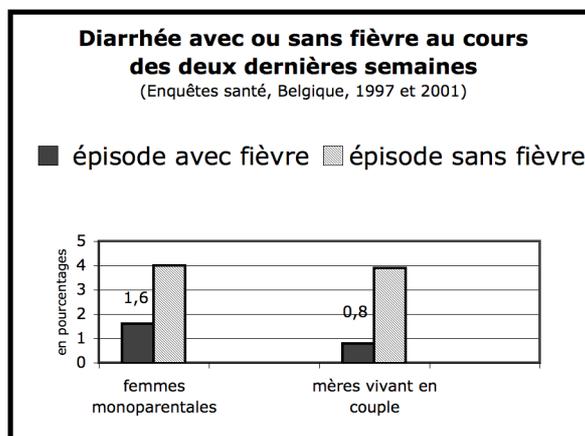
Affections du système digestif

Selon les responsables des enquêtes santé, les maladies *aiguës* présenteraient le moins de corrélations entre leurs taux de prévalence et les facteurs de déterminismes comme le genre, les niveaux de revenus et de formation... qui, habituellement, influencent l'état de santé. Autrement dit, ces maladies *aiguës* auraient un caractère plus «objectif». Or, les données des enquêtes santé de 1997 et 2001 indiquent, pour ces maladies aiguës, des différences répétées et significatives entre nos deux groupes de mères, différences qui, paraissant systématiques, échappent donc au «hasard».

Prenons le cas d'une diarrhée survenue au cours des deux semaines précédant l'enquête : 5,6 % des femmes monoparentales en ont souffert et seulement 4,7 % des mères vivant en couple. Ces deux pourcentages sont cependant inférieurs à la moyenne nationale de 2001 qui était de 6 %.

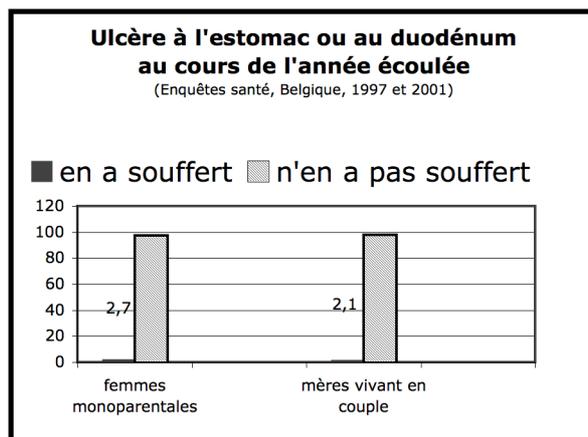
Pour éviter le piège d'une interprétation trop subjective de la diarrhée, nous avons aussi retenu les réponses par rapport à la présence de *fièvre* accompagnant cette diarrhée. Pour une *diarrhée avec fièvre*, la différence entre les mères vivant en couple et les femmes monoparentales passe du simple au double. Ainsi, à propos de la diarrhée, si toutes les mères ont une prévalence plus basse que l'ensemble de la population, cependant une différence sensible se manifeste entre les deux catégories de mères, particulièrement dans la présence de fièvre qui souvent entraîne le recours au médecin.

Graphique 13. Diarrhée au cours de la quinzaine précédente



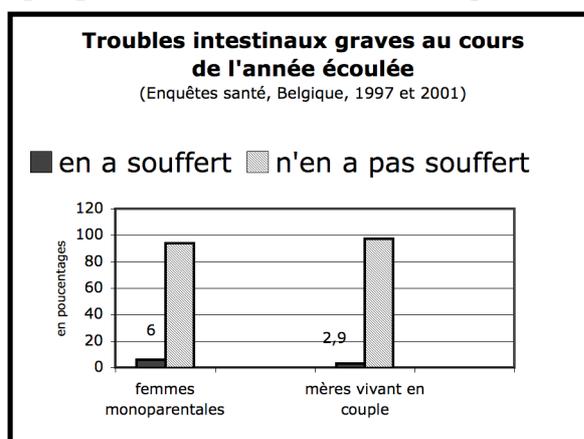
Autre maladie aiguë du système digestif : l'ulcère à l'estomac ou au duodénum. La proportion de mères qui en ont souffert au cours de l'année écoulée est relativement faible (moins de 3 %) mais cependant un peu plus élevée chez les femmes monoparentales (2,7 %) que chez les mères vivant en couple (2,1 %).

Graphique 14. Ulcère à l'estomac ou au duodénum



Les enquêtés ont été invités à se prononcer sur des épisodes de troubles intestinaux *graves*. Le terme «troubles» est un peu trop vague, toutefois le qualificatif «graves» restreint la portée de la question. Chez les femmes en général, les troubles intestinaux graves n'apparaissent avec une prévalence dépassant les 8% que pour la tranche d'âge des 65 ans et plus. Pour nos deux groupes de mères la prévalence de ces troubles est plus modeste, soit respectivement 6 % pour les femmes monoparentales et 2,9 % pour les mères vivant en couple. Les premières en souffrent donc deux fois plus que les secondes.

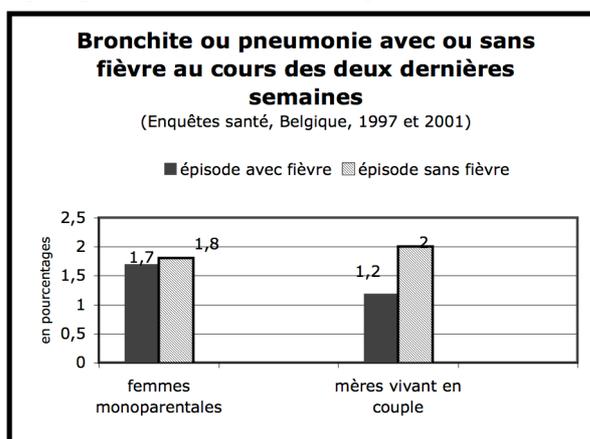
Graphique 15. Troubles intestinaux graves



Affections du système respiratoire

Autre pathologie aiguë : la bronchite ou la pneumonie. Pour éviter l'interférence avec des souvenirs vagues nous retenons la question portant sur la dernière quinzaine et afin de minimiser le risque d'interprétations trop laxistes, nous retenons le cas où ces affections ont été accompagnées de fièvre.

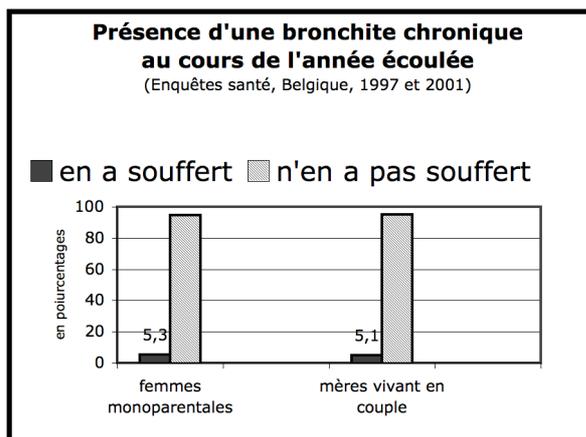
Graphique 16. Bronchite ou pneumonie



Nos deux catégories de mères sont proportionnellement moins nombreuses que l'ensemble de la population à avoir souffert de bronchite ou de pneumonie au cours de la dernière quinzaine. En effet, en 2001, la prévalence pour l'ensemble de la population était de 4 %. Or dans les enquêtes 1997 et 2001, cette prévalence était respectivement de 3,5 % pour les femmes monoparentales et de 3,2 % pour les mères vivant en couple. S'il y a peu de différences entre les deux catégories de mères ayant connu un épisode de bronchite ou de pneumonie, la différence est un peu plus marquée entre celles qui ont connu un tel épisode avec fièvre.

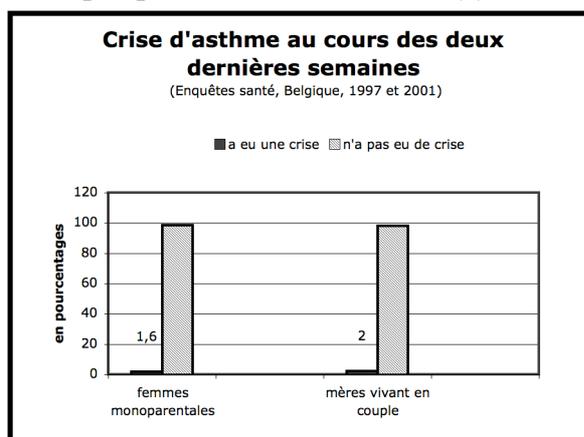
Une autre question porte sur la présence d'une bronchite *chronique* au cours de l'année écoulée. Les réponses pour les maladies chroniques ont été sélectionnées par les répondants sur une liste de 36 types d'affections. Les résultats de nos deux catégories de mères sont proches des résultats obtenus en 2001 pour l'ensemble de la population dont 5 % étaient affectés par une bronchite chronique et cela sans différence marquée entre hommes et femmes. Il y a également peu de différence entre les femmes monoparentales et les mères vivant en couple.

Graphique 17. Bronchite chronique



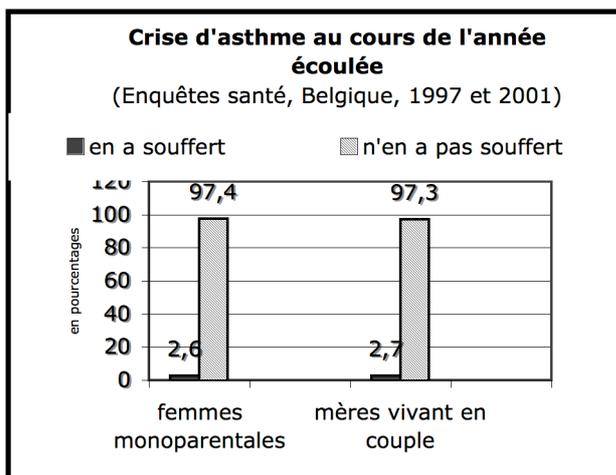
En 2001, les *crises* d'asthme au cours de la dernière quinzaine ont atteint quelque 2 % de la population en général. Cette fois encore les deux groupes de mères ont ensemble, et pour les deux années en cause, un taux de prévalence inférieur à la moyenne générale : soit 1,6 % pour les femmes monoparentales et 2 % pour les mères vivant en couple. Cependant, il s'agit d'un des très rares cas où les femmes monoparentales présentent un résultat plus favorable que les mères vivant en couple.

Graphique 18. Crise d'asthme (a).



Examinons les réponses au sujet de l'asthme mais au cours d'une périodicité plus longue, c'est-à-dire l'ensemble de l'année qui précède l'enquête. Les résultats sont analogues : le long terme et le court terme se confirment réciproquement. Les mères des deux groupes ne présentent pratiquement pas de différences entre elles. C'est d'autant plus remarquable que l'asthme est une maladie dont on croit habituellement que les épisodes sont liés à des tensions psychologiques.

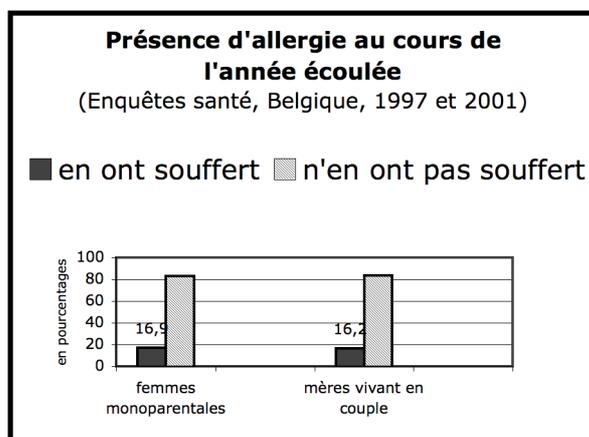
Graphique 19. Crise d'asthme (b).



Après l'asthme, examinons les réponses des deux groupes de mères au sujet des allergies. C'est une maladie de longue durée assez répandue dans l'ensemble de la population. En 2001, 13 % des hommes et 14 % des femmes déclaraient en souffrir.

Pour 1997/2001, les deux groupes de mères présentent des taux nettement plus élevés : respectivement 16,9 et 16,2 %. Comme il s'agit d'allergie des voies respiratoires, on pouvait s'attendre à une surreprésentation des femmes monoparentales parce qu'elles sont plus nombreuses à vivre en zone urbaine. La différence entre les deux groupes de mères est présente mais peu importante.

Graphique 20. Allergie (voies respiratoires)

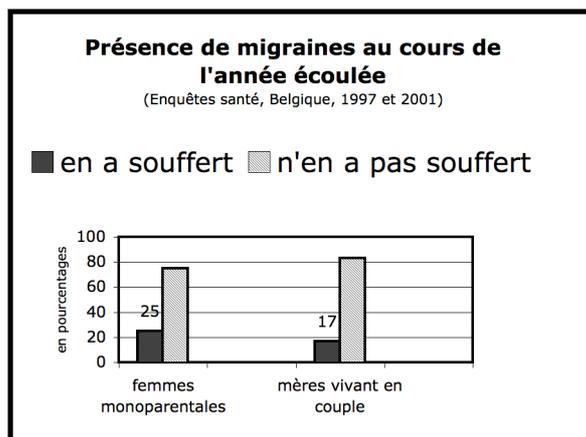


Migraines et vertiges

Arrêtons-nous à une autre pathologie *chronique*, la migraine, dont souffrent d'assez nombreuses femmes. Cette affection est connue pour être très inégalement répartie en fonction du genre. En 2001, 12,3 % des femmes et 5,1 % des hommes déclaraient en souffrir.

Les mères de notre champ d'observation sont proportionnellement beaucoup plus nombreuses à en souffrir. En effet, au cours de l'année précédant les enquêtes globalisées (1997 et 2001), 25 % des femmes monoparentales et 17 % des mères vivant en couple avaient souffert de migraines. La différence entre les deux catégories de mères est assez marquée.

Graphique 21. Migraines



Pour mieux situer les résultats élevés de nos groupes de mères, il faut rappeler que, pour les médecins qui croient à une relation entre la migraine et les fonctions hormonales ou entre la migraine et l'âge des femmes¹³, l'âge moyen de nos deux groupes de mères est effectivement plus jeune que celui de l'ensemble de la population féminine soumise aux enquêtes.

D'autres pensent que les migraines sont en relation avec des formes de stress ou avec une anxiété généralisée : dans ce cas, les résultats de la question sur les migraines seront à rapprocher de ceux qui portent sur les troubles de l'anxiété, du sommeil et sur les violences subies par les femmes, résultats qui seront étudiés plus loin.

Ici, nous rapprochons la question sur migraines de celle sur les vertiges. Les vertiges, surtout ceux qui entraînent une chute, sont considérés comme faisant partie des pathologies qui augmentent avec l'âge et dont les femmes souffrent deux fois plus souvent que les hommes¹⁴. Dans l'enquête de 2001, parmi les personnes âgées de 65 ans et plus, 9,4 % des femmes 5,4 % des hommes font état de vertiges avec chute. La question posée ne distingue pas les différentes formes de vertiges (ex. trouble de Ménière, etc...), toutefois elle est précisée par la notion de «avec chute».

Dans nos deux groupes de mères, cette affection est relativement peu présente. Nettement moins présente, en tout cas, que dans la population féminine âgée de plus de 65 ans. Elle est toutefois au moins deux fois plus importante chez les femmes monoparentales que chez les mères vivant en couple.

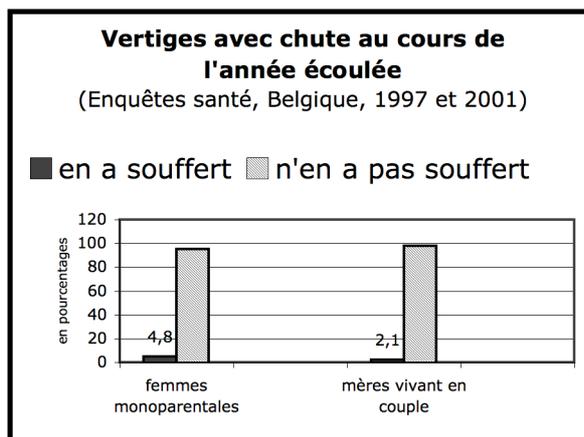
Certains médecins estiment qu'un quart des personnes souffrant de migraines souffrent également de vertiges.¹⁵ Cette correspondance ne se trouve pas chez nos deux catégories de mères, mais la possibilité d'une relation entre les deux phénomènes n'en est pas écartée pour autant.

Graphique 22. Vertiges avec chute.

¹³ Pour certains médecins, l'âge le plus marqué par la migraine est pour les femmes la quarantaine. Dr Anne de Kersvasdoué et Dr Jean Belaïsch, *Pourquoi les femmes souffrent-elles davantage et vivent-elles plus longtemps ?* éd. Odile Jacob, Paris, 2005, p.122-154.

¹⁴ Ibidem, p. 155-170.

¹⁵ Ibidem, p. 164.

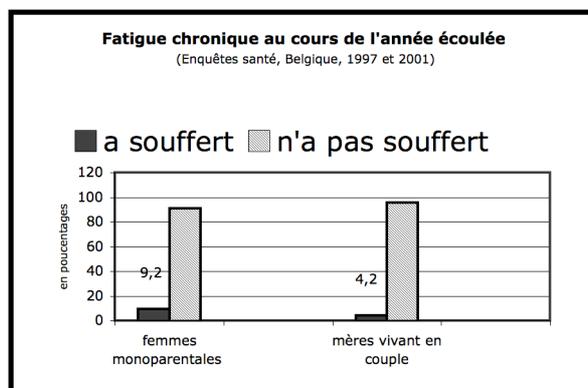


Syndrome de la fatigue chronique

Le syndrome de la fatigue chronique est lui aussi particulièrement marqué par la différence entre hommes et femmes. Les trois quarts, au moins, des personnes qui en sont affectées seraient des femmes. Cependant, au total, les cas sont relativement peu nombreux ; les divers types de cette pathologie sont encore mal identifiés et la question posée dans les enquêtes de santé est trop générale, elle peut avoir entraîné des malentendus.

Toutefois ici encore, les femmes monoparentales sont plus deux fois plus souvent victimes de ce syndrome que les mères vivant en couple.

Graphique 23. Fatigue chronique

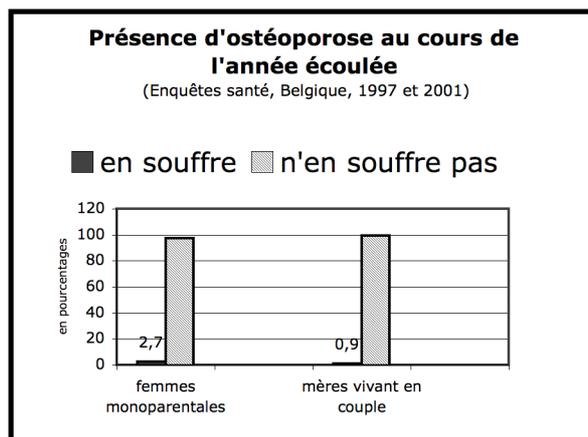


Maladies du système locomoteur

Les pathologies du système locomoteur intéressent à divers titres. Elles affectent plus particulièrement les femmes âgées et sont une des principales causes des handicaps de mobilité dont elles souffriront dans les dernières années de leur vie. Ici, nous avons un groupe de femmes en moyenne plus jeunes ce qui permet de faire un «état des lieux» précoce.

Prenons pour commencer le cas de l'ostéoporose. Dans l'enquête de 2001, 5,4 % des femmes en général déclaraient en souffrir mais ce pourcentage s'élevait à 18,9 % pour les femmes âgées de 65 ans et plus. Notre recherche porte sur une population de mères qui ont entre 20 et 60 ans. Elles sont assez peu nombreuses à faire état d'ostéoporose, cependant les femmes monoparentales sont trois fois plus nombreuses à en souffrir que les mères vivant en couple.

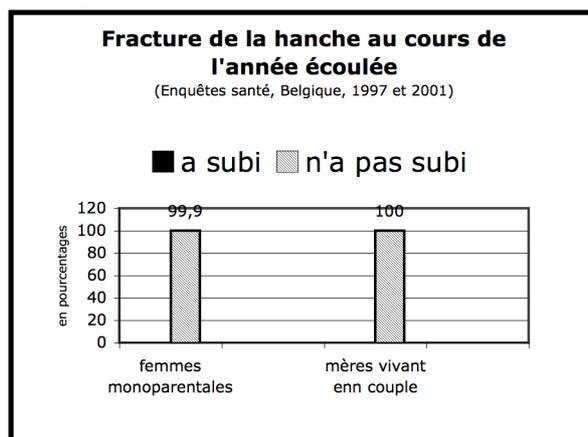
Graphique n°24. Ostéoporose



Cette ostéoporose n'a donné lieu qu'à une seule fracture de la hanche, une femme monoparentale sur les 12 qui ont déclaré souffrir d'ostéoporose.

Rappelons une fois encore que les nombres absolus sont très petits, particulièrement pour les femmes monoparentales. On peut, cependant, les considérer comme des indicateurs pertinents parce que les réponses manifestent assez bien de cohérence.

Graphique n°25. Fracture de la hanche



Dans les pathologies du système locomoteur, nous examinons maintenant les affections du système osseux et des articulations.

Selon les résultats de l'enquête de 2001, 14,7 % des femmes en général, souffraient d'arthrose, 10,5 % de douleurs persistantes au niveau du dos, et 8,2 % de rhumatisme inflammatoire.

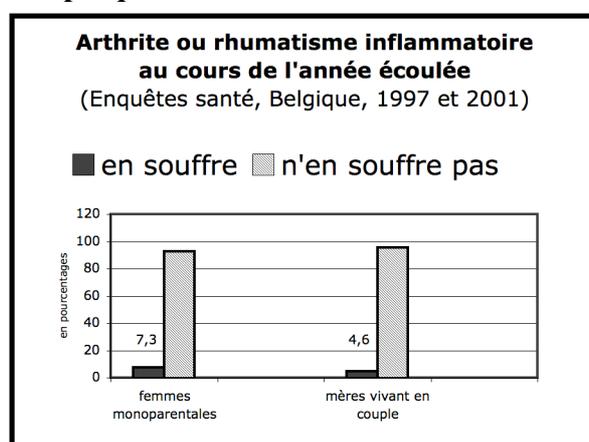
Chez les femmes âgées de 65 ans et plus ces proportions sont beaucoup plus élevées : 46,2 % souffraient d'arthrose, 24,7 % de rhumatisme inflammatoire, 20,4 % de douleurs au niveau du dos, et 12,7 % d'autres formes de rhumatismes.

Qu'en est-il lorsque l'on additionne les deux enquêtes pour notre population de mères âgées de 20 à 60 ans ? Nous avons retenu les réponses pour le rhumatisme inflammatoire ou arthrite et pour les autres formes de rhumatismes. Les prévalences semblent correspondre aux

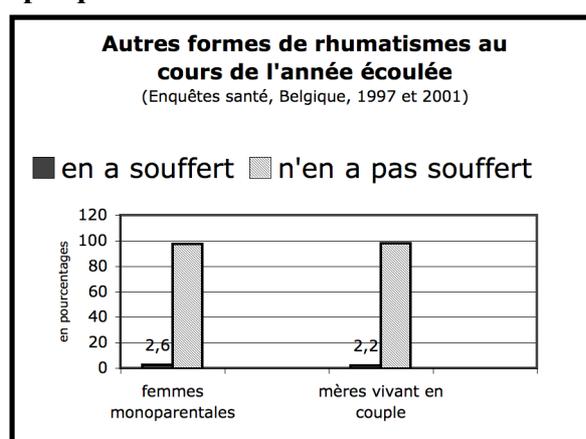
résultats généraux mais une fois encore, les femmes monoparentales sont plus affectées que les mères vivant en couple. En ce qui concerne l'arthrite ou rhumatisme inflammatoire, elles sont 7,3 % à en souffrir soit 1,6 fois plus que les mères vivant en couple (dont 4,6 % en souffrent).

En ce qui concerne les autres formes de rhumatismes, les différences entre les femmes monoparentales et les mères vivant en couple sont moindres ; 2,6 % des premières en souffrent alors que 2,2 % des secondes en souffrent.

Graphique 26. Rhumatisme inflammatoire



Graphique 27. Autres formes de rhumatismes

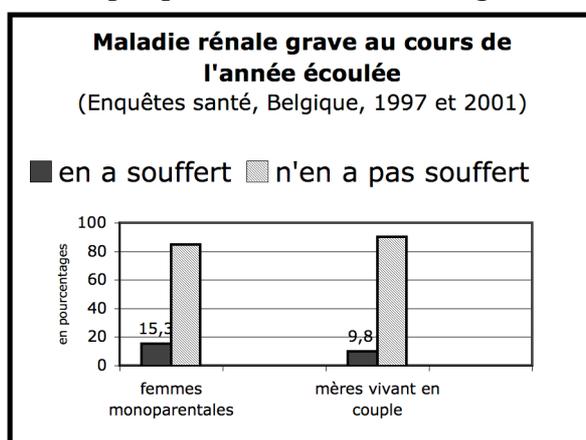


Maladies des voies urinaires.

Le questionnaire de l'enquête comporte une question assez générale sur la pathologie du rein. La seule précision demandée concerne la gravité de la pathologie. Les réponses à cette question indiquent que les femmes en souffrent relativement plus fréquemment que l'ensemble de la population hommes compris.

Ici encore, on note une certaine différence entre les femmes monoparentales (15,3 % en ont souffert) et les mères vivant en couple (9,8 % en ont souffert). Ces différences mériteraient des explorations complémentaires parce que la question posée est trop vague.

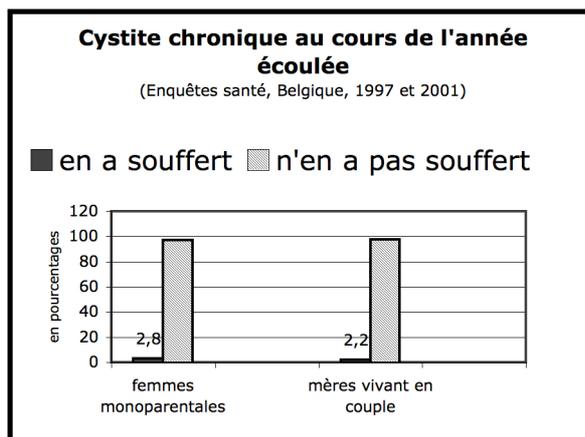
Graphique 28. Maladie rénale grave



Nous constatons par contre, qu'une pathologie plus explicite comme la cystite est assez peu présente chez les deux groupes de mères ce qui est probablement imputable au fait que la question portait sur la cystite *chronique*, autrement dit sur une forme de cystite qui n'a pu être traitée convenablement. Les résultats auraient probablement été différents si la question retenue avait concerné les cas de cystite *aiguë* qui sont beaucoup plus fréquents.

C'est probablement pour la même raison que les différences entre les deux groupes de mères sont minimales : 2,8 % des femmes monoparentales et 2,2 % des mères vivant en couple ont souffert d'une *cystite chronique* au cours de l'année écoulée.

Graphique 29. Cystite

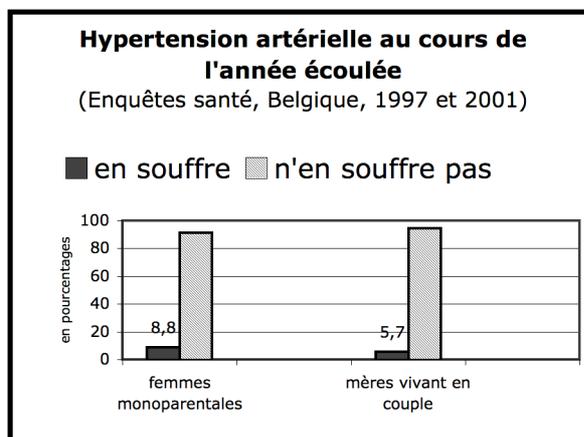


Maladies cardiovasculaires

Abordons à présent, les maladies cardiovasculaires. Rappelons quelques données générales de l'enquête de 2001. Selon celle-ci, 13,1 % des femmes en général mais 38,1 % des femmes âgées de 65 ans et plus souffrent d'hypertension artérielle.

Nos deux groupes de mères se situent manifestement en dessous de la moyenne générale qui inclut ces taux élevés des femmes plus âgées souffrant d'hypertension artérielle. Malgré cela, nous observons que 8,8% des femmes monoparentales et 5,7% des mères vivant en couple souffrent déjà d'hypertension artérielle. Les différences entre les deux groupes de mères sont visibles.

Graphique 30. Hypertension artérielle

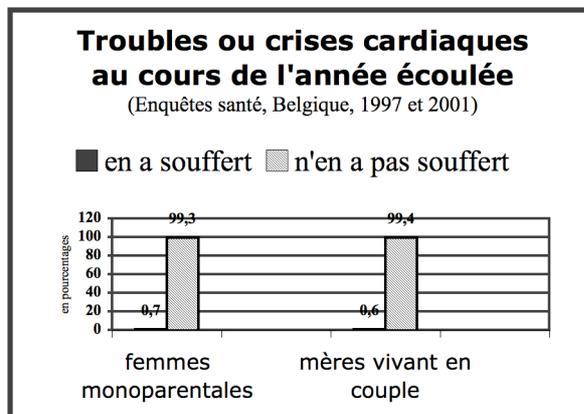


Dans l'enquête santé de 2001, comme les crises cardiaques ou infarctus avaient une prévalence de moins de 5% pour les femmes en général, ces taux n'étaient pas retenus dans les tableaux de synthèses ; par contre pour les femmes âgées de 65 ans et plus, la prévalence était de 11%. Dans cette tranche des personnes âgées de 65 ans et plus, les hommes sont moins affectés par l'hypertension artérielle que les femmes (27,6 % contre 38,1 %) ; tandis que la proportion est inversée pour les troubles cardiaques et infarctus (15,8 % contre 11 %).

Pour les groupes de mères qui nous occupent, les prévalences par rapport aux troubles ou crises cardiaques sont nettement inférieures, et c'est normal vu la différence d'âge moyen de ces groupes par rapport à la population en général.

Pour cette question des troubles ou crises cardiaques, il n'y a pas de différences entre les deux groupes de mères alors que nous avons constaté une différence manifeste dans le cas de l'hypertension artérielle.

Graphique 31. Troubles ou crises cardiaques



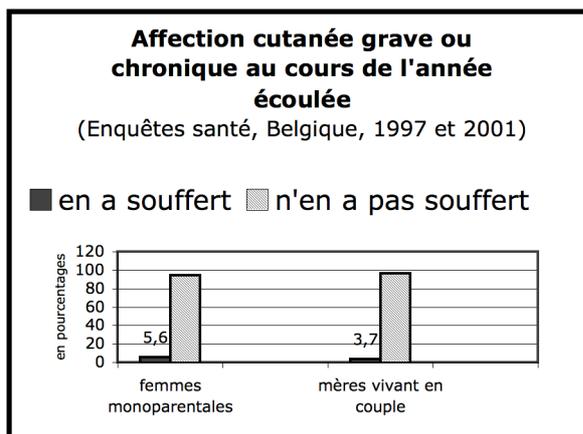
Maladies de la peau

Nous avons retenu une question au sujet des maladies de la peau. Elle concernait simultanément soit la gravité, soit la chronicité de cette affection, ce qui peut prêter à confusion. On comprend que les enquêteurs cherchent à éviter des interférences avec des problèmes de santé mineurs, mais que répondrait une personne souffrant d'une affection chronique non «grave», comme le Psoriasis par exemple, mais qui détériore fondamentalement la qualité de vie de celui qui en est atteint.

Pour certaines des maladies de la peau (psoriasis, eczéma...), le corps médical soupçonne l'existence d'une relation entre leur apparition ou leur gravité et des troubles émotionnels. Dans le contexte de notre hypothèse de recherche, des informations plus précises sur ces maladies auraient été utiles.

Pour nos deux groupes de mères, la prévalence de ces affections est relativement peu importante (5,6 % pour les femmes monoparentales et 3,7 % pour les mères vivant en couple) mais l'écart entre les deux groupes est toujours manifeste puisque les femmes monoparentales en souffrent 1,5 fois plus que les mères vivant en couple.

Graphique 32. Affections cutanées



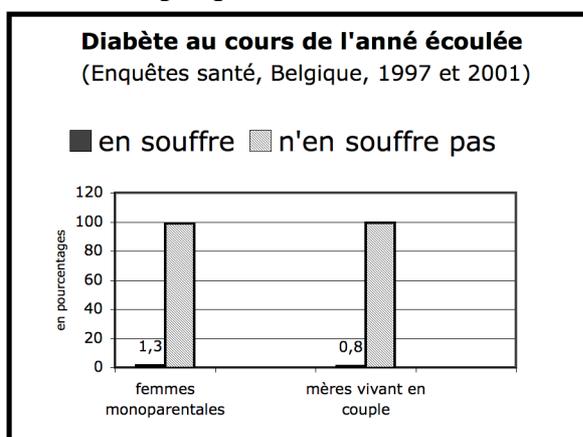
Maladies du métabolisme

Deux questions retiendront notre attention, la première concerne le diabète, la seconde les troubles de la thyroïde.

Dans l'enquête santé de 2001, le diabète n'apparaît avec une prévalence supérieure à 5 % que pour la population âgée de 65 ans et plus. Dans cette tranche d'âge, 9,6 % des femmes et 9,1 % des hommes en sont atteints.

On ne s'étonnera donc pas de constater des prévalences nettement inférieures pour nos deux groupes de mères dont l'âge se situe entre 20 et 60 ans. En effet, seulement 1,3 % des femmes monoparentales et 0,8 % des mères vivant en couple déclarent souffrir de diabète mais ici encore les femmes monoparentales en souffrent 1,6 fois plus que les mères vivant en couple.

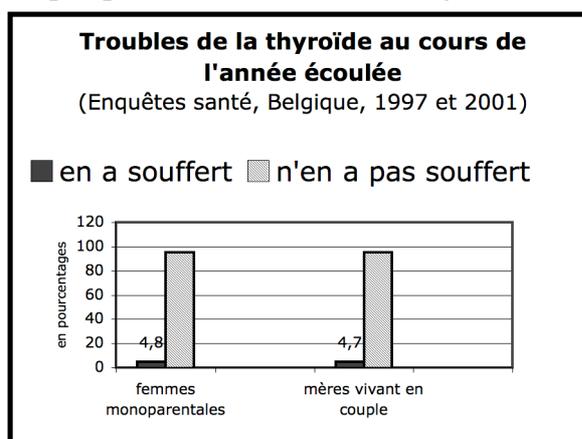
Graphique 33. Diabète



Quant aux troubles de la thyroïde, ils se présentent d'une manière générale comme plus fréquents chez les femmes surtout dans la tranche d'âge des 65 ans et plus. Dans l'enquête de 2001, 10 % des femmes de cette tranche d'âge avaient déclaré en souffrir mais 5,1 % de la population féminine générale (y compris les plus âgées donc) faisaient état de troubles thyroïdiens. La question posée par les enquêtes ne distingue pas les troubles de l'hyperthyroïdie de ceux de l'hypothyroïdie.

Chez nos deux groupes de mères d'un âge moyen plus jeune que l'ensemble de la population, ces troubles sont déjà présents : 4,8 % des femmes monoparentales et 4,7 % des mères vivant en couple en souffrent mais il n'y a pour ainsi dire pas de différence entre les deux groupes de mères.

Graphique 34. Troubles de la thyroïde

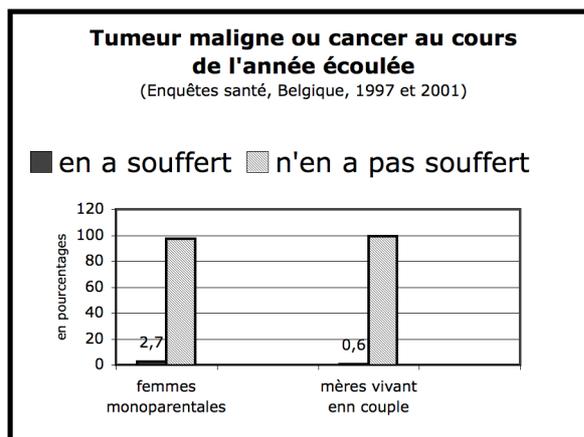


Tumeurs malignes

Nous avons retenu une question assez générale sur les tumeurs malignes ou cancers car notre recherche consiste seulement à vérifier si des différences se manifestent entre l'état de santé des femmes monoparentales et celui des mères vivant en couple.

Les réponses positives sont relativement peu nombreuses, 2,7 % des femmes monoparentales et 0,6 % des mères vivant en couple déclarent avoir souffert d'une tumeur maligne ou cancer au cours de l'année écoulée. Par contre, nous constatons une nouvelle fois que les femmes monoparentales sont 4,5 fois plus nombreuses à avoir été victimes d'une atteinte de cancer que les mères vivant en couple. Cette constatation demande d'attacher plus d'importance à une éventuelle corrélation entre taux d'urbanisation et cancer mais aussi à cette «rumeur» qui circule sur une éventuelle corrélation, chez les femmes, entre divorce et apparition d'un cancer. Dans le contexte de notre recherche, nous aurions plutôt tendance à croiser cette surreprésentation de la prévalence d'une tumeur maligne chez les femmes monoparentales avec l'ensemble plus complexe des violences subies avant ou après divorce.

Graphique 35. Tumeurs malignes



Troubles de la santé mentale

Tout un arsenal de questions de ces enquêtes permettent de cerner l'état de la santé mentale de la population. Elles vont de considérations proches du langage quotidien (anxiété...) jusqu'à des termes plus médicaux (troubles psychosomatiques). Plusieurs questions se recoupent portant tantôt sur des troubles «récents» (troubles psychosomatiques, troubles d'anxiété, troubles dépressifs) tantôt sur des troubles ayant eu lieu au cours de l'année écoulée.

Les résultats montrent qu'en Belgique, une frange importante de la population générale souffre de «mal-être» psychologique. En 1997, 30 % des interrogés souffraient de problèmes de santé psychique, en 2001 cette proportion était de 25 % ; 6% des interrogés avouaient même avoir souffert de dépression au cours de l'année écoulée.

Les deux enquêtes constatent que les femmes souffrent plus que les hommes de problèmes de santé mentale ; les problèmes surviennent plus tôt, sont plus fréquents et plus graves. En conséquence elles consomment beaucoup de psychotropes, et cependant, par rapport à leurs troubles, elles en consomment proportionnellement moins que les hommes.

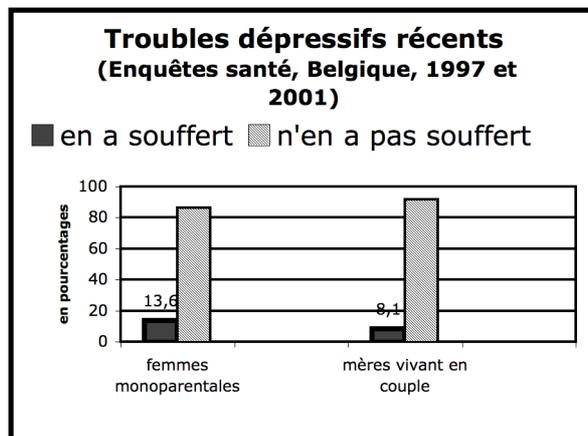
Dans la présente recherche, nous comparons l'état de santé mentale des mères, les unes vivant seules, les autres vivant en couple. Leur tranche d'âge se situe entre 20 et 60 ans. Notre groupe cible est donc différent. Dans les deux enquêtes la prévalence la plus importante des troubles dépressifs se trouve chez les femmes de 65 à 74 ans, donc hors de notre champ d'observation.

Par ailleurs, certains auteurs considèrent que le mariage engendre une plus grande augmentation des troubles de dépression pour les femmes tandis que d'autres considèrent que le mariage a un effet protecteur sur leur santé mentale. Presque tous considèrent que le divorce a des effets plus négatifs pour la santé mentale des femmes que pour celle des hommes. Enfin certains auteurs pensent que la présence d'enfants a des effets protecteurs par rapport à la santé mentale. Toutes ces considérations intéressent au plus haut point notre groupe cible.

Les résultats du traitement des données globalisées pour les enquêtes 1997 et 2001 fournissent les informations suivantes.

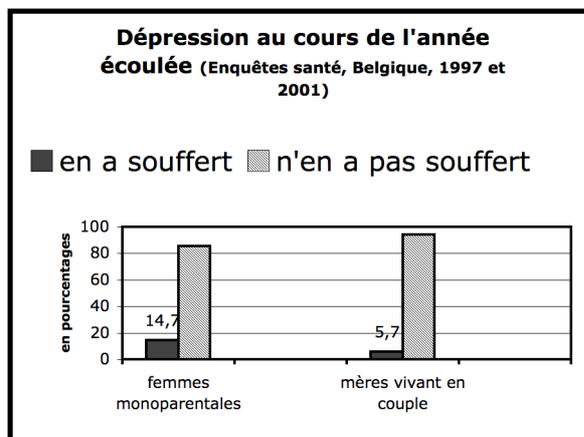
Les femmes monoparentales ont, *récemment*, plus fréquemment souffert de dépression que les mères vivant en couple : 13,6% des premières et seulement 8,1% des secondes le reconnaissent.

Graphique 36. Troubles dépressifs récents



Même résultat si on se réfère plus explicitement à l'année écoulée. Parmi les femmes monoparentales, 14,7 % déclarent avoir souffert de dépression au cours de l'année écoulée alors que seulement 5,7 % des mères vivant en couple sont dans ce cas.

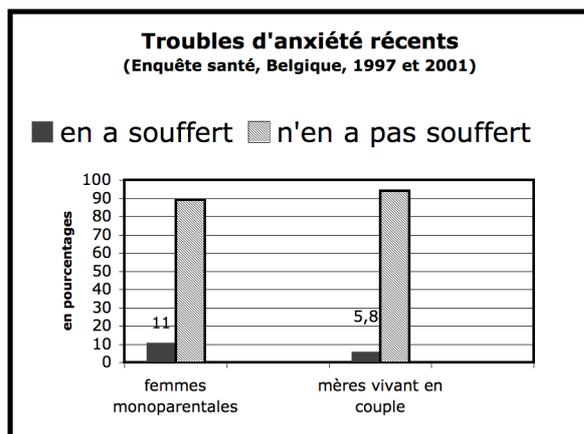
Graphique 37. Dépression



Les femmes monoparentales sont 2,5 fois plus nombreuses à avoir souffert de dépression au cours de l'année écoulée que les mères vivant en couple.

Les mêmes différences entre femmes monoparentales et mères vivant en couple s'observent par rapport aux troubles de l'anxiété. Parmi les premières, 11% déclarent en avoir souffert récemment alors que cette proportion n'est que de 5,8 % pour les secondes. Les femmes monoparentales sont donc 1,8 fois plus nombreuses que les mères vivant en couple à en souffrir.

Graphique 38. Troubles d'anxiété récents

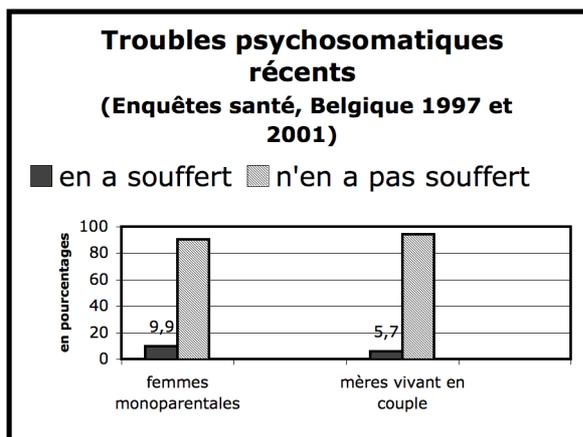


Quant aux troubles psychosomatiques, les différences sont importantes aussi. On constate que 9,9 % des femmes monoparentales mais seulement 5,7 % des mères vivant en couple déclarent en avoir souffert récemment.

Ces pourcentages parmi les femmes de notre étude sont un peu moins élevés que ceux des femmes de l'échantillon général des enquêtes santé. La principale raison de cette différence est que la prévalence des troubles psychosomatiques augmente avec l'âge et donc que les prévalences les plus importantes échappent à notre groupe d'observation (pour les femmes elles dépassent les 10 % à partir de la tranche d'âge de 45-54 ans et les 15 % à partir de celle de 65 ans et plus).

Par ailleurs, il faut tenir compte du fait que la prévalence de ces troubles est d'autant plus élevée que le niveau de formation est bas (différence importante passant pour l'ensemble de la population de 17 % chez les sans diplôme/enseignement primaire à 4 % chez les universitaires) et que le taux d'urbanisation est important (différence faible). Or précisément, comme nous l'avons vu dans le passage consacré au profil des sujets de notre étude, les femmes monoparentales sont proportionnellement plus nombreuses à n'avoir que des formations primaires ou secondaires inférieures et proportionnellement plus nombreuses à vivre dans des zones urbaines ce qui explique partiellement la relative fréquence de ces troubles chez les femmes monoparentales.

Graphique 39. Troubles psychosomatiques récents

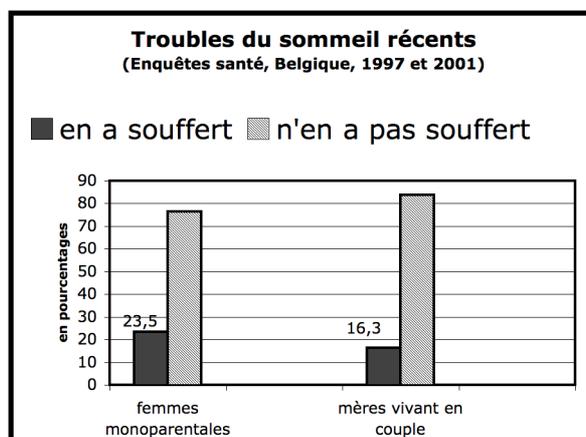


On ne s'étonnera guère de retrouver des différences analogues pour les troubles du sommeil.

Les femmes monoparentales sont 23,5 % à en avoir souffert récemment alors que les mères vivant en couple sont seulement 16,3 % dans le même cas.

Les commentaires sont analogues à ceux qui concernent les troubles psychosomatiques. Les troubles du sommeil augmentent avec l'âge et les fréquences les plus importantes tombent hors de notre champ d'observation. Toutefois, on constate un saut quantitatif assez important entre la tranche d'âge des 35-44 ans et celle des 45-54 ans (en 2001, pour l'ensemble des femmes, la prévalence passait de 16 % à 28 % ; mais elle atteint 38 % chez celles qui ont plus de 75 ans).

Graphique 40. Troubles du sommeil



Nous verrons plus loin que quelque 20 % seulement de celles qui se plaignent de troubles du sommeil ont consommé des somnifères au cours des deux dernières semaines, ce qui semble assez raisonnable et ne correspond nullement à l'image véhiculée par les médias au sujet de femmes sur-consommatrices de psychotropes.

Santé sociale et environnement social

Nous avons jugé utile de confronter un éventuel sentiment d'isolement avec les problèmes de santé mentale. En effet, les résultats des enquêtes de santé constatent qu'il existe, d'une manière générale, une corrélation assez sensible entre le sentiment d'être en mauvaise santé et divers indicateurs négatifs en matière de santé sociale. Rien ne permet de déterminer ce qui

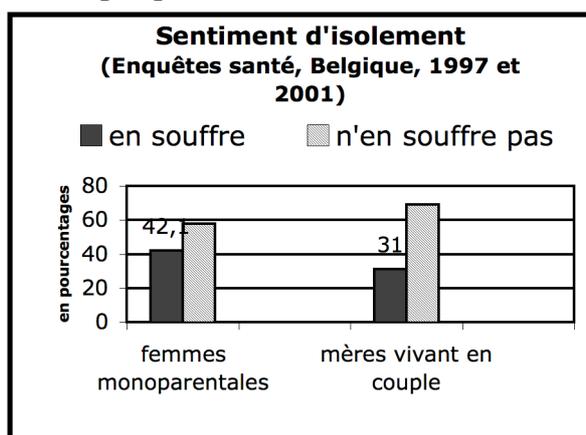
est la cause ou l'effet. Des dispositions dépressives ou angoissées peuvent freiner l'envie de rencontrer ses proches mais inversement, l'absence de contacts peut susciter des états dépressifs.

Le dépouillement des enquêtes 1997 et 2001 révèle des proportions élevées de sentiment d'isolement pour les deux groupes de mères.

Or, par définition, les unes et les autres sont encore relativement jeunes puisqu'elles ont entre 20 et 60 ans et elles ont au moins un enfant à charge ce qui est favorable aux contacts. Malgré cela, nous découvrons un sentiment d'isolement, chez 42,1 % des femmes monoparentales et 31 % des mères vivant en couple.

La corrélation présumée entre sentiment d'isolement et problèmes de santé mentale est tout à fait disproportionnée. Pour les femmes monoparentales, nous passons de 9,9 % souffrant de troubles somatiques récents ou 13,6 % de troubles dépressifs récents à 42,1 % souffrant d'un sentiment d'isolement ! Pour les mères vivant en couple, le décalage est tout aussi grand, nous passons de 5,7 % souffrant de troubles somatiques récents ou de 8,1 % de troubles dépressifs récents à 31 % souffrant d'un sentiment d'isolement !

Graphique 41. Sentiment d'isolement

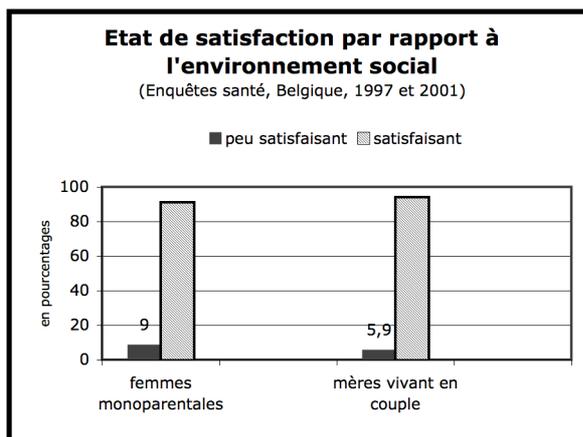


Cet indicateur est particulièrement préoccupant et justifierait à lui seul des études approfondies. Il n'est pas facile, ni pour les femmes monoparentales ni pour les mères vivant en couple, d'avouer à un enquêteur que l'on souffre d'isolement. A première vue, nous ne voyons pas dans les autres résultats de notre recherche des éléments à mettre en rapport avec ce sentiment d'isolement.

En effet, les données qui suivent montrent que les mères se sentent relativement bien intégrées, qu'elles ont le sentiment de pouvoir compter sur l'aide de proches en cas de problèmes mais dans ces domaines, les différences entre femmes monoparentales et mères vivant en couple restent visibles.

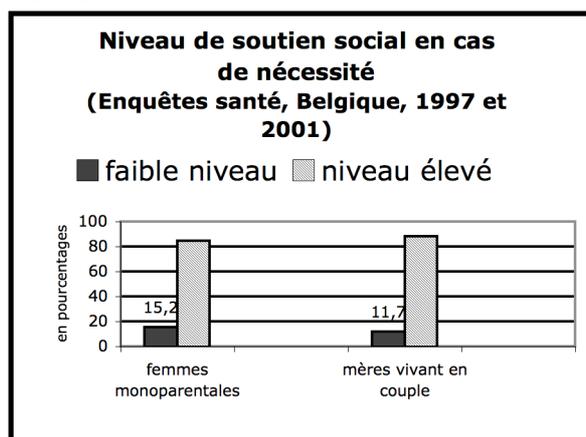
A une question générale sur l'état de satisfaction par rapport à l'environnement social, plus de 90% des deux catégories de mères répondent positivement ce qui est encourageant mais les femmes monoparentales sont malgré tout plus nombreuses à n'être pas rassurées à ce sujet.

Graphique 42. Environnement social



Bien que moins de 10 % des mères manifestent une certaine insatisfaction par rapport à leur environnement social, nous trouvons une proportion plus élevée de femmes qui, en cas de nécessité, craignent de ne pas pouvoir recevoir un niveau de soutien social adapté. Ces divergences dans les réponses indiquent probablement que la portée des questions n'est pas suffisamment explicite.

Graphique 43. Soutien social en cas de nécessité



Si parmi les femmes monoparentales, 15,2 % ont le sentiment qu'en cas de nécessité, elles ne pourraient guère compter sur le soutien de leur entourage, c'est une proportion qui peut se comprendre ; elle correspond plus ou moins à l'idée que l'on se font habituellement de la femme divorcée ou de la mère célibataire. Par contre, que des mères vivant en couple soient près de 12 % à faire état du même sentiment de désarroi en cas de nécessité est plus surprenant et révèle une face cachée de la vie en couple.

Ces pourcentages sont à rapprocher de ceux qui révèlent un sentiment d'isolement. En effet, parmi les mères qui ont déclaré souffrir d'isolement, respectivement 36,1 % des femmes monoparentales et 37,7 % des mères vivant en couple déclarent ici qu'elles craignent de ne pas trouver d'aide adéquate en cas de nécessité.

Accidents graves et violences

Rappelons que dans les deux enquêtes santé de notre champ, très peu de questions portent explicitement sur les questions de violences, ce qui traduit la lenteur avec laquelle le monde

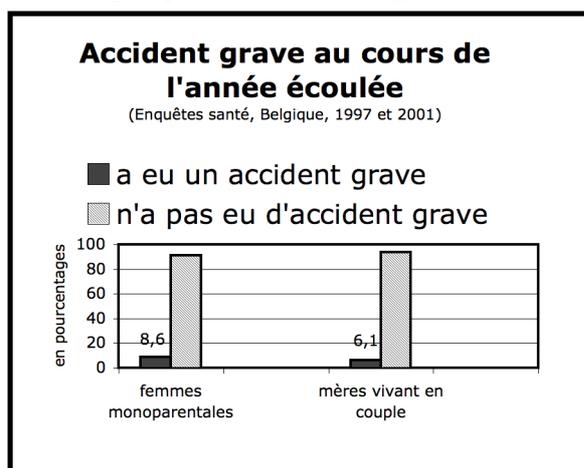
scientifique s'adapte à l'évolution de la société¹⁶. La mise en lumière de la question des violences est un des principaux acquis du féminisme. En Belgique, les premières maisons pour «femmes battues» datent de la fin des années 1970 ; les premières enquêtes d'envergure datent de la fin des années 1980 ; les adaptations du code pénal et les lois se sont succédé depuis lors. Au niveau des institutions internationales, le Conseil de l'Europe, l'O.N.U., l'Union européenne (Conseil, Commission, Parlement), l'Organisation Mondiale de la Santé,... toutes ont contribué à alerter l'opinion publique et les décideurs politiques au sujet des violences subies par les femmes. Malgré cela, la problématique pénètre trop lentement dans les recherches dites «générales», c'est-à-dire celles qui ne concernent pas spécifiquement les femmes.

Dans les enquêtes de santé de 1997 et 2001, une seule question portait sur la violence en général et une autre sur la violence *physique* ainsi que le lieu où celle-ci a été subie.

Nous y avons joint la question des accidents graves. Parfois la violence subie est présentée comme un *accident* à l'entrée en clinique ou auprès du médecin. Parfois aussi, le fait de subir des violences entraîne chez la victime des comportements à risques (accidents de la route ou accidents domestiques).

Les mères des deux catégories ont-elles subi un accident grave au cours de l'année écoulée ? Les réponses positives sont proportionnellement peu importantes (pour l'ensemble de la population, on trouve un taux de 9% dans l'enquête de 2001), encore que notre champ d'observation couvre une tranche d'âge et de genre où les accidents graves sont théoriquement le moins représentés... Mais les différences entre les femmes monoparentales et les mères vivant en couple, peu importantes en soi, suggèrent cependant, que des facteurs externes sont à mettre en rapport avec ces accidents. Ces observations trop sommaires montrent la nécessité d'affiner les questions à poser et de mener des recherches approfondissant ces matières.

Graphique 44. Accident grave



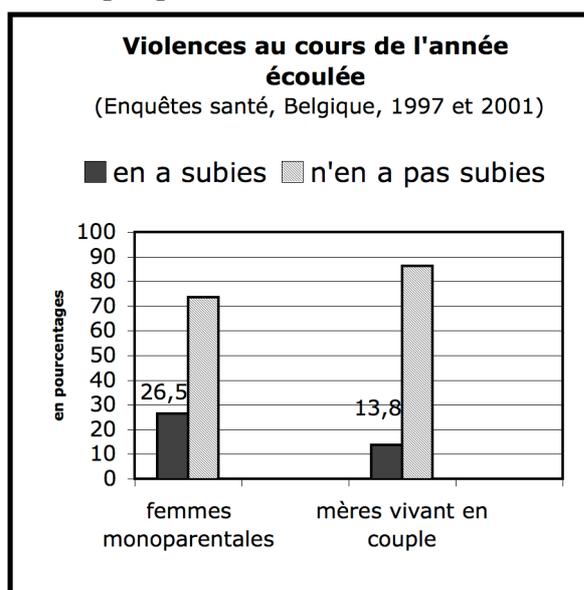
Assez différents sont les résultats concernant la violence. Le terme englobe toutes espèces de violences, verbales, physiques, vols, cambriolages, etc. En 2001, dans l'ensemble de la

¹⁶ Cependant, suite à l'avis du Conseil de l'Egalité des Chances et à la participation des membres de sa Commission «Genre et Santé» aux travaux préparatoires à l'enquête de 2004, celle-ci comporte plusieurs questions en rapport avec la violence.

population, 15 % des interrogés faisaient état de violences subies au cours de l'année précédent l'enquête. Ce sont les jeunes de 15 à 24 ans, les personnes de milieux socioéconomiques défavorisés, les habitants de la Région bruxelloise qui en sont le plus souvent victimes. Certaines de ces corrélations recourent partiellement celles qui différencient nos deux groupes de mères. Les résultats des enquêtes 1997 et 2001 regroupées, montrent que les femmes monoparentales sont 26,5 % à faire état de violences subies tandis que seulement 13,8 % des mères vivant en couple font état de telles violences. Ces dernières ont ainsi un pourcentage inférieur à la moyenne. Dans les enquêtes santé, la question des violences regroupe malheureusement des indicateurs fort différents comme violences verbales et physiques ainsi que vols et cambriolages.

La seule précision sur cette question concerne la périodicité : au cours de l'année écoulée. Ce terme est utile parce qu'il permet d'établir la corrélation entre le statut civil actuel des femmes et ces violences subies. Dans une matière aussi délicate, cette formulation permet aussi d'éviter le mélange entre des souvenirs que l'on cherche plutôt à estomper. Trop d'enquêtes sur la violence se fondent sur une périodisation floue ; l'enquête française de l'ENVEFF¹⁷ a opportunément distingué trois périodes : au cours de l'année écoulée, au cours de la vie d'adulte (après 18 ans) et au cours de toute la vie (y compris l'enfance, la jeunesse...).

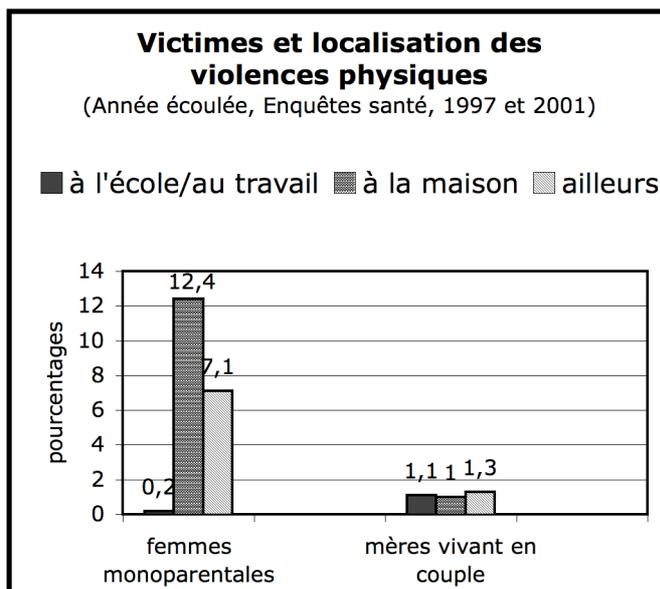
Graphique 45. Violences subies



Après avoir constaté que plus d'un quart des femmes monoparentales font état de violences diverses subies au cours de l'année précédente, nous pouvons préciser ces chiffres par l'identification des lieux où se produisent ces violences. Cette fois, il s'agit uniquement de violences physiques et le questionnaire ne propose que trois items pour désigner le lieu où ces violences sont subies.

¹⁷ Maryse Jaspard et a., *La violence envers les femmes en France, une enquête nationale*, La Documentation française, Paris, 2003.

Graphique 46. Lieux où se produisent les violences physiques



Au sujet des violences physiques, les disparités entre les femmes monoparentales et les mères vivant en couple sont manifestes. Nos deux groupes de mères se situent dans une tranche d'âge qui va de 20 à 60 ans, les femmes monoparentales étant en moyenne légèrement plus âgées que les mères vivant en couple. Nous rappelons toutes ces données parce que la littérature sur les violences subies par les femmes ont déjà montré que les femmes jeunes sont plus souvent victimes de violences que les femmes plus âgées (notamment sur le lieu du travail) et que le début des violences suit souvent l'accouchement.¹⁸

Les mères vivant en couple sont relativement moins nombreuses à faire état de violences physiques et la répartition des lieux où celles-ci se produisent est plus ou moins équilibrée : 1% subissent des violences à leur domicile, 1,1 % à l'école ou au travail et 1,3 % ailleurs...

Par esprit critique, rappelons qu'une des bases des enquêtes de santé est le questionnaire par entretien qui se produit en face à face au domicile de l'interviewé(e) : il n'est donc pas exclu que d'autres membres de la famille soient présents à cet entretien ce qui, pour une mère vivant en couple, rendrait difficile l'aveu de violences subies.

Nous observons effectivement un décalage trop important entre leur réponse positive à la question des violences *en général* (13,8 %) et la question limitée aux violences *physiques* et à leur localisation (entre 1 % et 1,3 %). Pour les femmes monoparentales, au contraire, les deux types de réponses sont plus proches : 26,5 % reconnaissent des violences *en général* et 19,7 % reconnaissent des violences *physiques*, qui se répartissent de la manière suivante : 12,4 % au domicile, 7,1 % ailleurs et 0,2 % à l'école ou au travail. Ces réponses plus cohérentes traduisent sans doute une plus grande liberté de parole lors de l'interview.

Ces violences physiques subies à la «maison» ou «ailleurs» font inévitablement penser à la catégorie des violences infligées par un partenaire intime ou par un ex-partenaire intime selon la

¹⁸ P. Romito, «Violence privée, complicités publiques» dans *Femmes et Hommes dans le champ de la santé. Approches sociologiques*, sous la dir. de Pierre Aïach et a..., éd. ENSP, Rennes, 2001, p.23.

classification adoptée par l’OMS. Rappelons-en quelques traits : le pourcentage de femmes agressées physiquement par un partenaire intime ou un ex-partenaire dans les douze mois précédant l’enquête varie de quelque 3% de toutes les femmes avec ou sans partenaire (Australie, Canada...) à 27 % pour celles qui ont déjà vécu en couple (Nicaragua...) ou à 38 % pour celles qui sont actuellement mariées (République de Corée...) ou même 52 % pour les Palestiniennes actuellement mariées (Cisjordanie, bande de Gaza). Le dossier de l’OMS insiste sur le fait que les violences physiques se produisent le plus souvent dans un contexte de violences complexes c’est-à-dire de plusieurs formes d’agressions à la fois physiques, psychologiques et sexuelles.

En France, l’enquête ENVEFF¹⁹ révèle qu’en 2000, 9 % des femmes *vivant en couple* ont subi de telles violences. Cette enquête souligne que la violence est maximale chez les jeunes couples qui n’habitent pas ensemble mais aussi que les femmes divorcées ou séparées ont souvent été victimes de violences pendant et après la vie commune, toutefois la séparation casserait la spirale de la violence. Les résultats de notre recherche ne semblent pas confirmer cette dernière remarque.

En France, selon cette fameuse enquête, le harcèlement sur le lieu du travail concernerait 2% des femmes.

Les résultats de notre recherche fournissent des pourcentages nettement inférieurs mais nos enquêtes de santé se limitent à la violence physique. Par contre, l’ampleur des violences physiques subies par les femmes monoparentales surprend puisqu’à priori, le divorce est censé mettre un terme à de telles relations violentes. Il est manifeste qu’il n’en est rien. Des études complémentaires sont nécessaires pour comprendre les éventuelles relations entre cette violence, continuée ou nouvelle, et les conflits qui surgissent à propos du versement des pensions alimentaires, de la «garde» des enfants ou qui traduisent tout simplement un esprit de vengeance.

Ce que nous avons pu observer ici, c’est que les femmes monoparentales subissent nettement plus de violences que les mères vivant en couple ; que d’autre part, les femmes monoparentales ont un état de santé nettement moins bon que les mères vivant en couple. Presque tous les indicateurs que nous avons retenus dans notre dépouillement donnent résultats moins bons pour les femmes monoparentales. La tentation est grande de mettre ces résultats en corrélation avec les violences qu’elles subissent.

Ci-dessous, ces résultats sont synthétisés dans un tableau où, dans une première colonne les signes «plus», «égal» ou «moins» permettent de confronter les résultats des femmes monoparentales et ceux des mères vivant en couple. Ils indiquent si les femmes monoparentales en souffrent plus ou moins que les mères vivant en couple. Dans la colonne de droite, figure l’intensité de la différence entre les deux groupes de mères.

Tableau 9. Les femmes monoparentales souffrent plus, moins ou autant que les mères vivant en couple

mauvaise santé subjective	+	soit 153 % ou 1,5 fois plus
diarrhée avec fièvre	+	soit 200 % ou 2 fois plus
ulcère à l'estomac ou duodénum	+	soit 128 % ou 1,2 fois plus
troubles intestinaux graves	+	soit 206 % ou plus de 2 fois plus
bronchite...avec fièvre	+	141 % ou 1,4 fois plus
bronchite chronique	+	soit 104 % ou 1,04 fois plus
asthme/quinzaine	-	moins
asthme/année écoulée	-	moins
allergie	+	soit 104 % ou 1,04 fois plus
migraine	+	soit 147 % ou 1,4 fois plus
vertiges avec chute	+	soit 228,5 % ou plus de 2,2 fois plus
fatigue chronique	+	soit 219 % ou plus de 2,1 fois plus
ostéoporose	+	soit 300 % ou 3 fois plus
fracture de la hanche	=	pas de différence significative
arthrite	+	soit 158 % ou 1,5 fois plus
autres formes de rhumatismes	+	soit 118 % ou 1,1 fois plus
maladie rénale grave	+	soit 156 % ou 1,5 fois plus
cystite chronique	+	soit 127 % ou 1,2 fois plus
hypertension artérielle	+	soit 154 % ou 1,5 fois plus
crise cardiaque ou infarctus	=	pas de différence significative
affection cutanée grave	+	soit 151 % ou 1,5 fois plus
diabète	+	soit 162 % ou 1,6 fois plus
troubles de la thyroïde	=	pas de différence significative
tumeur maligne./cancer	+	soit 450 % ou 4,5 fois plus
troubles dépressifs récents	+	soit 167 % ou 1,6 fois plus
dépression /année écoulée	+	soit 257 % ou 2,5 fois plus
troubles d'anxiété récents	+	soit 189 % ou 1,8 fois plus
troubles psychosomatiques récents	+	soit 173 % ou 1,7 fois plus
troubles du sommeil récents	+	soit 144 % ou 1,4 fois plus
sentiment d'isolement	+	soit 135 % ou 1,3 fois plus
peu satisfait environnement social	+	soit 152 % ou 1,5 fois plus
faible soutien social si nécessaire	+	soit 129,9 % ou 1,3 fois plus
accident grave au cours de l'année	+	soit 140 % ou 1,4 fois plus
violences au cours de l'année	+	soit 192 % ou 1,9 fois plus
violences école/travail	-	moins
violences à la maison	+	soit 1240% ou 12,4 fois plus
violences ailleurs	+	soit 546 % ou 5,4 fois plus

Soulignons quelques résultats atypiques : les femmes monoparentales souffrent moins de problèmes d'asthme que les mères vivant en couple. Ce résultat est intéressant parce que l'asthme est souvent décrit comme une maladie ayant de fortes connexions avec des problèmes psychiques. De plus les femmes monoparentales étant surreprésentées dans les milieux de vie urbains, on pouvait s'attendre, chez elles, à une proportion plus élevée de problèmes liés à l'asthme. Il n'en est rien.

Trois autres «items» sont intéressants : il n'y a, en effet, guère de différence entre les femmes monoparentales et les mères vivant en couple pour les crises cardiaques, les dysfonctionnements de la thyroïde et les fractures de la hanche.

Par rapport à la crise cardiaque, la chose est étonnante puisque les femmes monoparentales souffrent plus fréquemment d'hypertension artérielle que les mères vivant en couple. Cette absence de parallélisme entre hypertension et crise cardiaque ou infarctus rappelle la différence entre hommes et femmes dans ce domaine. Les femmes souffrent plus d'hypertension artérielle mais ont moins d'infarctus que les hommes.

La cas de la fracture de la hanche est aussi intéressant : les femmes monoparentales souffrent trois fois plus souvent d'ostéoporose que les mères vivant en couple et elles sont beaucoup plus souvent victimes de violences physiques. On pouvait donc s'attendre à ce qu'elles soient plus fréquemment victimes de «chutes» : c'est effectivement le cas, mais le questionnement des enquêtes lie chutes et vertiges ce qui rend l'interprétation difficile.

Le cas des dysfonctionnements de la thyroïde sont relativement peu nombreux pour nos deux catégories de mères. Il se peut qu'il s'agisse de pathologies trop rarement diagnostiquées mais même si c'était le cas, cela n'expliquerait pas l'absence de différence entre les deux catégories de mères.

Pour effectuer cette recherche, nous avons veillé à sélectionner en majorité des indicateurs pour lesquels la réponse supposait l'intervention d'un diagnostic médical : ainsi nous avons préféré retenir des «items» comme «ostéoporose» plutôt que «mal au dos persistant» parce que le premier implique presque nécessairement le diagnostic d'un médecin.

Le cas des dysfonctionnements de la thyroïde invite à accorder plus d'attention aux implications de ce diagnostic (ou absence de diagnostic) dans les résultats des enquêtes. Il se peut aussi que les attitudes des médecins soient différentes face à des femmes monoparentales d'une part, et des mères vivant en couple de l'autre. Vis-à-vis des premières, les médecins, partiellement victimes de l'idéologie dominante, seraient plus enclins à trouver la situation de leur patiente comme anormale et donc «pathogène», nécessitant plus d'attention, tandis que pour les secondes, ils jugeraient la situation comme normale et donc peu propice à l'apparition de troubles de la santé.

Dans le passage qui suit, nous analysons l'impact de la sur-morbidité des femmes monoparentales sur leur accès financier aux soins de santé ; ensuite nous présenterons quelques aspects de la consommation médico-pharmaceutique de nos deux groupes de mères.

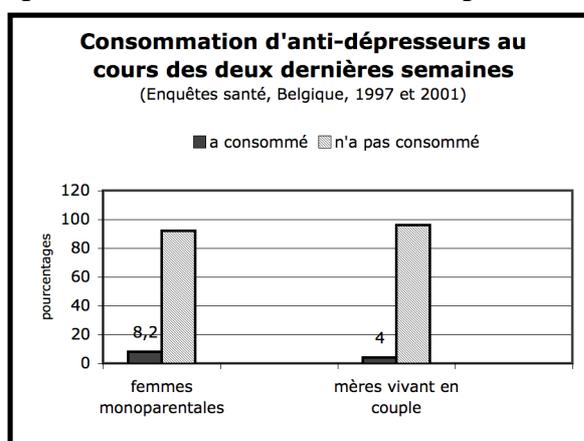
Consommation pharmaceutique

Dans ce paragraphe, nous présentons quelques aspects de la consommation de médicaments par les mères des deux groupes et nous mettrons en relation cette consommation avec les maux qui ont été développés dans les paragraphes précédents.

Commençons par le cas des troubles dépressifs et de la dépression. Nous rappelons que 13,6 % des femmes monoparentales et 8,1 % des mères vivant en couple ont déclaré avoir souffert de troubles dépressifs récents et plus précisément, que 14,7 % des femmes monoparentales et 5,7 % des mères vivant en couple ont déclaré avoir eu une dépression au cours de l'année écoulée.

Par rapport à ces chiffres nous constatons que seulement 8,2 % des femmes monoparentales et 4 % des mères vivant en couple ont consommé des anti-dépresseurs au cours de la dernière quinzaine.

Graphique 47. Consommation d'anti-dépresseurs



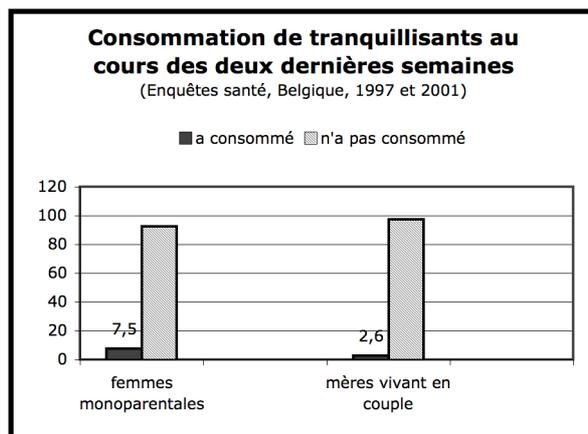
Cela signifie que, parmi les mères récemment *dépressives*, seulement 60,2 % des monoparentales et 49,3 % de celles vivant en couple ont consommé des anti-dépresseurs dans la dernière quinzaine.

De plus, chez celles qui font état d'une *dépression* au cours de l'année écoulée, nous constatons que seulement 55,7 % des femmes monoparentales et 70,1% des mères vivant en couple ont consommé des antidépresseurs au cours de la quinzaine écoulée.

Certes les références temporelles ne sont pas identiques mais on peut cependant difficilement parler de «surconsommation». En cas de dépression, les femmes monoparentales font preuve d'une consommation d'antidépresseurs encore plus modérée que les mères vivant en couple. En effet, les femmes monoparentales ont souffert 2,5 fois plus de dépression que les mères vivant en couple mais elles ont consommé moins fréquemment des antidépresseurs que les mères vivant en couple.

Le deuxième exemple, concerne la consommation de tranquillisants que nous mettons en rapport avec les troubles de l'anxiété.

Rappelons que 11 % des femmes monoparentales et 5,8 % des mères vivant en couple ont déclaré avoir récemment souffert de troubles d'anxiété. Or, au cours de la quinzaine précédant les enquêtes, respectivement 7,5 % des premières et 2,6 % des secondes ont déclaré avoir consommé des tranquillisants.

Graphique 48. Consommation de tranquillisants

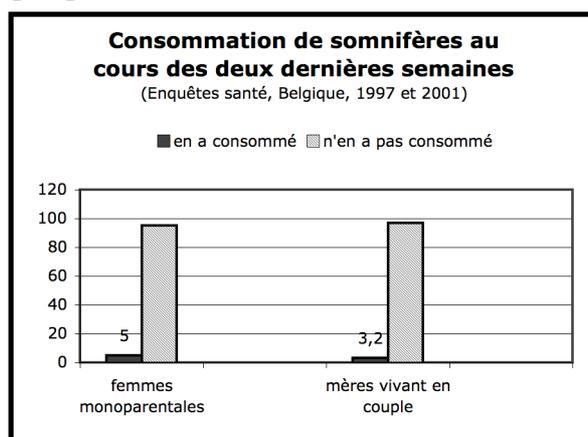
Cela signifie que 68,1 % des femmes monoparentales anxieuses et 44,8 % des mères anxieuses vivant en couple ont consommé des tranquillisants au cours de la dernière quinzaine.

On ne peut réellement pas parler de «surconsommation» : celles qui consomment ces médicaments sont nettement moins nombreuses que celles qui souffrent de problèmes d'anxiété. Si les femmes monoparentales souffrent 1,8 fois plus d'anxiété que les mères vivant en couple, elles font usage de tranquillisants seulement 1,5 fois plus que ces dernières.

Observons maintenant leur comportement de consommation de médicaments en cas de troubles du sommeil.

Nous avons vu que 23,5 % des femmes monoparentales et 16,3 % des mères vivant en couple déclaraient avoir souffert récemment de troubles du sommeil.

Or, 5% seulement des premières et 3,2 % des secondes ont déclaré avoir consommé des somnifères au cours de la quinzaine précédant les enquêtes.

Graphique 49. Consommation de somnifères

Cela signifie que parmi celles qui souffrent de troubles du sommeil, 21,2 % seulement des femmes monoparentales et 19,6 % des mères vivant en couple ont consommé des somnifères.

Encore une fois, rien ne permet de parler de «surconsommation». Les femmes monoparentales souffrent 1,4 fois plus de troubles du sommeil que les mères vivant en couple mais leur consommation de somnifères s'élève seulement à 1,04 fois plus que celle des mères vivant en couple.

Ces trois exemples permettent de montrer que le discours médiatique sur les excès de consommation de ces catégories de médicaments par les femmes en général n'est pas fondé pour nos deux catégories de mères. Celles-ci sont proportionnellement plus nombreuses à souffrir des morbidités analysées qu'à utiliser des médicaments habituellement prescrits dans de telles circonstances. En outre, les femmes monoparentales ont, par rapport aux troubles dont elles souffrent, une consommation encore plus austère que les mères vivant en couple. Analyser la consommation des médicaments sans la mettre en rapport avec les pathologies s'avère donc une aberration qui s'apparente à un présupposé discriminatoire.

Mais la consommation médico-pharmaceutique soulève des questions complexes. Il faut notamment s'interroger sur la relation médecin-malade, sur la pertinence de la plainte, la qualité de l'écoute, la pertinence du diagnostic et de la prescription. Dans d'autres pays, de telles questions ont été soulevées à propos des différences de traitement entre hommes et femmes.²⁰ Dans notre pays, de telles analyses en termes de «genre» sont rares et, à notre connaissance, aucune étude ne s'est intéressée aux différences entre diverses catégories de femmes et à fortiori entre les deux groupes de mères que nous analysons ici.

Au vu de l'intérêt de ces résultats, nous regrettons de ne pas avoir retenu d'autres éléments qui auraient permis d'analyser la consommation d'autres prestations médicales des femmes monoparentales comparée à celle des mères vivant en couple.

Nous-mêmes, nous avons été influencées par le discours dominant sur la «surconsommation» pharmaceutique des femmes en matière de tranquillisants, antidépresseurs, somnifères, etc... et avons cherché à en élucider les termes.

L'accès financier aux soins de santé

Nous avons vu au paragraphe précédent que les femmes monoparentales ont une moins bonne perception subjective de leur état de santé que les mères vivant en couple et que dans la grande majorité des affections sélectionnées par nous dans les deux enquêtes santé en Belgique (1997 et 2001), elles présentent des résultats plus défavorables que les mères vivant en couple. Bien que dans cette recherche nous n'ayons pas abordé la question des conditions d'existence des enfants des mères monoparentales, nous devons signaler que, selon la littérature générale disponible, ces enfants aussi semblent présenter plus de problèmes de santé que les enfants des mères vivant en couple. Les fils seraient plus affectés que les filles. Il faudrait pouvoir tenir compte de cet aspect pour mieux évaluer la question de l'accessibilité des soins de santé pour les femmes monoparentales et leurs enfants.

La morbidité coûte cher, elle nécessite un recours fréquent aux prestataires de soins et une consommation plus fréquente de produits pharmaceutiques. Ces dépenses sont, pour la plupart, remboursées par l'assurance soins de santé qui applique, cependant, le principe du «ticket modérateur» ou part personnelle restant à charge du patient. Le ticket modérateur est

²⁰ Pour les Pays-Bas, nous renvoyons à l'introduction générale *Sekseverschillen in ziekte en gezondheid* [sous la direction de...]Toine Lagro-Janssen & Greta Noordenbos, éd. SUN, Nijmegen, 1997.

forfaitaire. Il ne dépend ni du niveau des revenus ni de l'état de santé des assurés. Depuis de nombreuses années, des mesures d'ajustement ciblées ont cherché à diminuer, pour certaines catégories de personnes (V.I.P.O.)²¹ ou dans certains cas de maladie (maladies sociales), l'impact du ticket modérateur pour le patient. Au cours des dernières années la législation a été sensiblement modifiée, nous le verrons.

Un certain nombre de dépenses ne sont pas prises en charge par l'assurance soins de santé. Les «médicaments de comptoir» qui font l'objet ni de prescriptions médicales ni de remboursements ; considérés comme des médicaments de confort, ils peuvent cependant grever assez sérieusement le budget d'un ménage.

Compte tenu du profil socio-économique des femmes monoparentales et de leur surreprésentation dans la plupart des morbidités sélectionnées pour cette recherche, il est évident que la part du coût des soins de santé dans leur budget sera plus grande qu'elle ne l'est pour les femmes vivant en couple.

Nous poursuivons donc notre analyse par le dépouillement d'un certain nombre de questions des enquêtes santé de 1997 et 2001 portant cette fois sur la consommation des soins et de son coût. Nous comparons toujours les réponses des femmes monoparentales avec celles des mères vivant en couple.

Une première question, posée seulement en 2001, visait à identifier les modalités de remboursement des soins de santé de la personne interrogée. En effet, la Belgique présente une certaine complexité à cet égard. Il convient d'abord de distinguer principalement deux régimes, le régime général où presque tous les soins sont remboursés hormis le ticket modérateur ainsi que les médicaments non remboursables et le régime des indépendants où les «gros risques» sont couverts mais les petits risques seulement pour ceux qui ont souscrit à l'assurance libre complémentaire. Dans les deux régimes, le montant de l'intervention de l'assurance dans le coût des prestations varie principalement en fonction de la nature de la prestation, du statut de l'assuré et du fait que le dispensateur de soins est accrédité ou non. Il y a principalement deux catégories d'assurés, les assurés ordinaires qui bénéficient d'un taux de remboursement habituel de 75% de la dépense (beaucoup d'exceptions) et les assurés avec «remboursement préférentiel» qui bénéficient d'un taux de remboursement plus important. Au moment de l'enquête de 2001, cette deuxième catégorie, celle dite des V.I.P.O. s'était étoffée : on y avait ajouté les assurés bénéficiant de l'aide sociale, les chômeurs d'un certain âge en chômage de longue durée, etc. Pour toutes ces catégories à remboursement préférentiel, la *condition de revenu* continue à s'appliquer.

Enfin, pour limiter le montant des dépenses totales de soins de santé restant à charge du ménage, de nouvelles mesures d'exonération du ticket modérateur, au-delà de certains montants ont été introduites. L'exonération *sociale* du ticket modérateur tient compte du statut social de l'assuré (chômeur, minimexé, etc...). L'exonération *fiscale* du ticket modérateur tient compte des revenus (déclaration fiscale) de l'assuré.

Depuis 2002, soit après les deux enquêtes utilisées ici, ces deux types d'exonérations ont été complétées et modifiées par le principe du Maximum à Facturer (MAF).

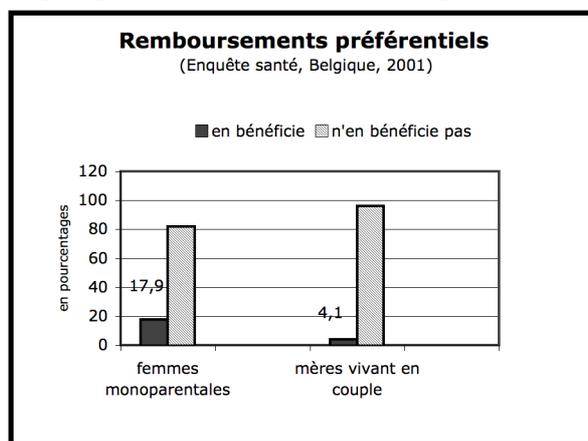
²¹ Veufs/Veuves, Invalides, Pensionné-e-s, Orphelins/orphelines.

Dans l'enquête de 2001, les questions posées ne «collent» pas parfaitement à la réglementation existante, ce qui rend la compréhension hasardeuse. Les enquêteurs ont voulu poser une question générale sur les «remboursements préférentiels» en se référant uniquement au statut personnel sans parler de la condition de revenu et sans évoquer les mesures de plafonnement des tickets modérateurs. En outre, ils ont confondu les catégories d'invalides et de handicapés et ajouté une référence à l'enfant handicapé, ce qui ne change pas la catégorie d'assuré de ses parents...

La première question porte simplement sur le fait de bénéficier ou non de réductions pour les dépenses de santé. La question est trop générale et prête à confusion. Nous la traitons comme s'il s'agissait effectivement d'une réponse aux remboursements préférentiels.

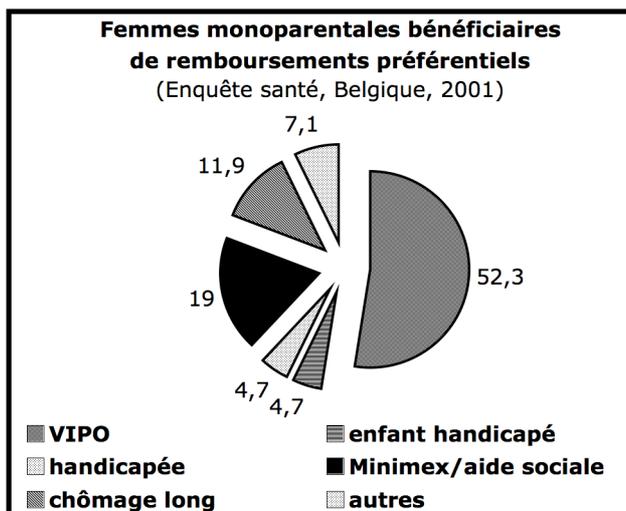
Les nombres absolus sont très réduits puisqu'il s'agit seulement de l'enquête de 2001 où figurent au total 240 femmes monoparentales et 1113 mères vivant en couple. Parmi ces mères, figurent 43 femmes monoparentales soit 17,9 % et 45 mères vivant en couple, soit 4,1 % qui bénéficient de remboursements préférentiels.

Graphique 50. Remboursements préférentiels



Sur quelle base ces remboursements préférentiels sont-ils octroyés ? Nous reproduisons ici la liste des «items» telle que proposée par les enquêteurs mais qui ne correspond pas aux catégories de l'assurabilité : 42 des 43 femmes monoparentales et 38 des 45 mères vivant en couple, se déclarant bénéficiaires de remboursements préférentiels, ont répondu sur cette base, ce qui fournit les répartitions suivantes :

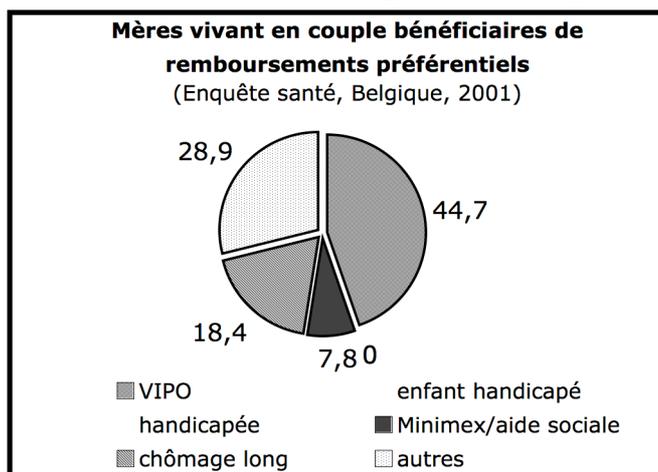
Graphique n°51. Base des remboursements préférentiels (femmes monoparentales)



Les réponses sont peu vraisemblables : sur le petit groupe des 42 femmes monoparentales bénéficiaires de remboursements préférentiels, nous aurions 22 femmes qui seraient veuves ou invalides, c'est une proportion peu vraisemblable. (Elles ne peuvent être retraitées car notre tranche d'âge s'arrête à 60 ans). Les catégories «autres» et présence d'un «enfant handicapé» montrent les hésitations des répondantes. En effet, lorsque l'assurée bénéficie de remboursements préférentiels, cela s'applique aux membres de sa famille à sa charge (couverts par son affiliation)²² et donc naturellement à son enfant, qu'il soit handicapé ou non...

Quant aux mères vivant en couple, leurs réponses sont tout aussi difficiles à interpréter. La répartition de leurs réponses figure comme suit.

Graphique n° 52. Base des remboursements préférentiels (mères vivant en couple)

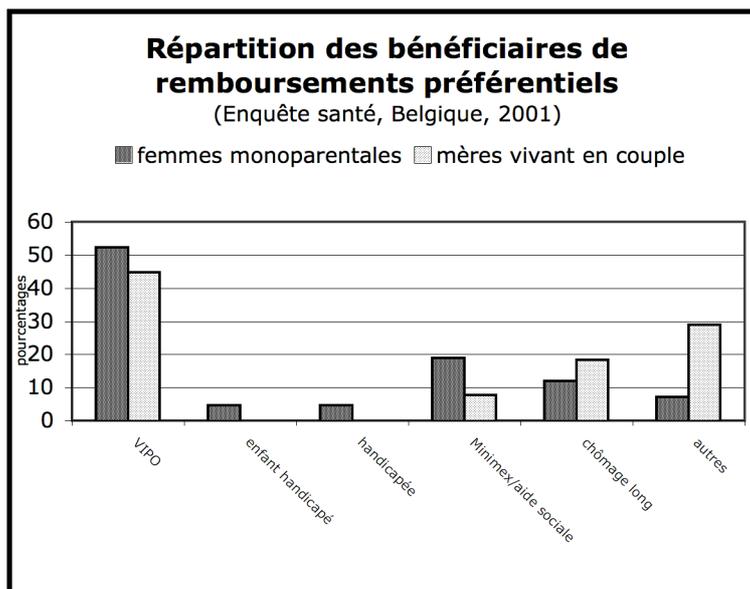


On ne sait pas si elles tiennent ce statut de leur conjoint où si elles font référence à leur statut personnel. S'il s'agissait de leur statut personnel, elles ne peuvent pas être 17 sur 38 dans la

²² En cas de séparation ou divorce, le ou les enfants pourraient être «sur le carnet de mutuelle» du père.

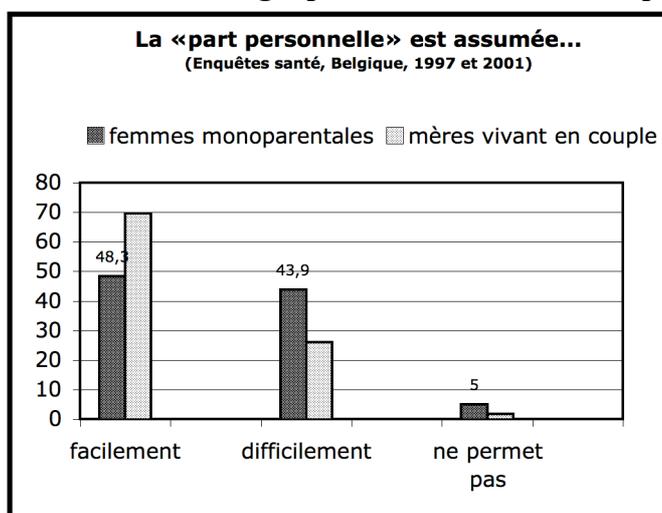
catégorie VIPO puisqu'en fonction de la définition du groupe, elles ne sont ni veuves, ni pensionnées, ni orphelines, seule resterait l'option invalidité pour laquelle une telle proportion est impossible...Il est donc certain que figure ici un mélange des catégories de statut de la femme et du mari. On remarquera cependant, dans ces tout petits nombres absolus, la part importante de la catégorie «autres» qui indique la méconnaissance de leur statut réel et de celle des VIPO qui est peu vraisemblable. Les autres catégories, bénéficiaires du revenu minimum ou de l'aide sociale ainsi que chômeurs de longue durée paraissent plus vraisemblables.

Graphique 53. Remboursements préférentiels : répartition par statuts.



Les résultats qui suivent concernent un sentiment subjectif quant à l'accessibilité aux soins de santé. Les personnes interrogées sont invitées à dire si, pour elles, les soins de santé sont plus ou moins abordables.

Graphique 54. Comment votre budget permet-il d'assumer la «part personnelle» ?



Le total des réponses pour chaque catégorie de mères est inférieur à 100 parce que nous avons laissé tomber une réponse qualifiée de «autre», réponse qui ne fournit aucune indication utile à notre propos.

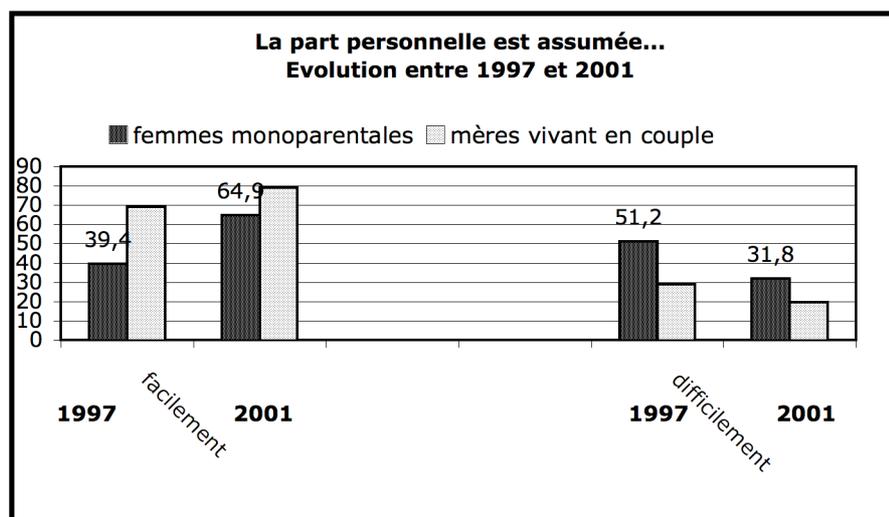
Les réponses *globalisées* pour les deux enquêtes montrent que moins de la moitié des femmes monoparentales arrivent à assumer facilement le ticket modérateur ou part personnelle ; un pourcentage élevé d'entre elles déclarent n'y arriver que difficilement. Pour les mères vivant en couple, la situation est meilleure : plus de 69 % d'entre elles déclarent s'en sortir facilement mais malgré tout 26 % avouent avoir des difficultés. Une nette différence se dessine entre les femmes monoparentales et les mères vivant en couple quant au sentiment subjectif d'accessibilité financière aux dépenses de santé. Ainsi l'accès aux soins de santé est indirectement discriminant pour les femmes monoparentales.

La globalisation des réponses des deux années d'enquêtes fournit une moyenne qui fait disparaître l'évolution réalisée entre ces deux dates.

Ainsi, en distinguant les résultats des deux enquêtes, on constate, pour les deux groupes de mères, une amélioration sensible, entre 1997 et 2001 : le sentiment d'accessibilité aux soins s'est amélioré pour toutes les mères et s'est accompagné d'une réduction de l'écart entre les deux groupes de mères.

Si en 1997, 51,2 % des femmes monoparentales et 23,8 % des mères vivant en couple trouvaient que leur budget faisait difficilement face aux dépenses de santé, en 2001 par contre, nous ne trouvons plus que 31,8% des femmes monoparentales et 19,7% des mères vivant en couple qui éprouvent encore cette difficulté.

**Graphique 55 : Comment votre budget permet-il d'assumer la «part personnelle» ?
Différence entre 1997 et 2001**



Le pourcentage de celles qui trouvent que leur budget ne permet *pas du tout* de faire face aux dépenses de santé est faible de part et d'autre. En 1997, il était de 3,7 % pour les femmes monoparentales et de 1,5% pour les mères vivant en couple. Il s'est peu modifié entre les

deux dates (respectivement 3,3 % et 1,2 %). Il est cependant deux fois plus élevé pour les femmes monoparentales que pour les mères vivant en couple.

Regardons du côté de celles qui n'éprouvent pas de difficulté : en 1997, 39,4 % des femmes monoparentales et 69 % des mères vivant en couple estimaient pouvoir faire face facilement aux dépenses de soins de santé. En 2001, 64,9 % des femmes monoparentales et 79,1 % des mères vivant en couple estimaient pouvoir faire face facilement aux dépenses de soins de santé.

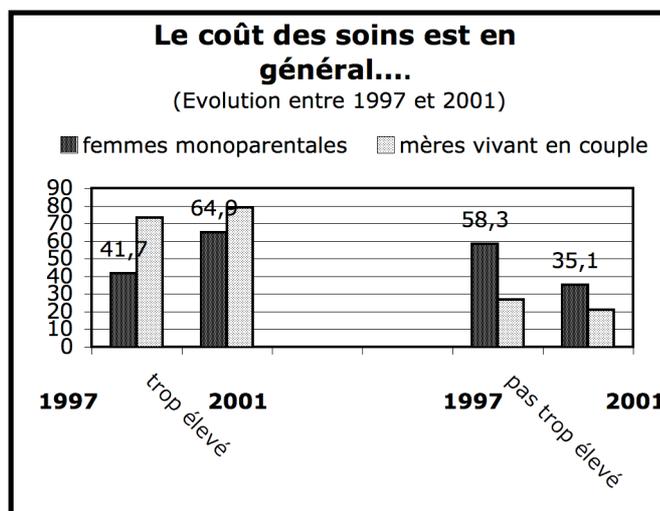
Cette évolution est très appréciable. Il faut cependant noter que, malgré tout, il reste un bon cinquième, soit 21,5 %, de l'ensemble des mères qui ont des difficultés face aux dépenses de santé auquel s'ajoute un très petit pourcentage qui déclare ne pas pouvoir s'en sortir.

Pour chaque personne interrogée, ces questions portent sur le rapport entre le budget disponible et son affectation partielle aux dépenses de santé.

Nous pouvons confronter ces déclarations des deux catégories de mères avec leur appréciation globale sur le niveau plus ou moins élevé des dépenses de santé en Belgique. Et là, surprise, les femmes monoparentales qui, individuellement, sont les plus nombreuses à avoir des difficultés, ont plus souvent que les mères vivant en couple, un jugement favorable sur le niveau du coût des soins en Belgique.

Autre surprise, alors qu'entre 1997 et 2001, le rapport individuel entre budget du ménage et dépenses de santé s'est amélioré pour les deux catégories de mères, le jugement sur le coût des soins en général s'est détérioré.

**Graphique 56. Jugement sur le coût des soins de santé en général
(Evolution entre 1997 et 2001)**



On constate donc que l'appréciation générale sur le coût des soins en Belgique est assez différente de l'appréciation individualisée qui met en rapport le budget de son propre ménage et les dépenses de santé à y affecter.

Peut-on expliquer cette différence entre ces deux types de jugements par la mise en œuvre de mesures «ciblées» au cours de cette période?

Rappelons que des mesures d'austérité, c'est-à-dire de diminution des remboursements, ont été instaurées au début des années 90 avec toutefois des ajustements préservant certaines catégories d'assurés.

Ainsi, alors que les tickets modérateurs des assurés ordinaires ont été augmentés, ceux des V.I.P.O. avec remboursements préférentiels ont été presque gelés. Ces taux de remboursements s'établissaient de la manière suivante au moment des enquêtes santé de 1997 et 2001.

**Tableau 10. Principaux taux de remboursements ordinaires et préférentiels
(en 1997 et 2001)**

Type de prestation	Assurés ordinaires	Assurés V.I.P.O.
Consultation chez généraliste	70 %	90 %
Visite d'un généraliste à domicile	65 %	90 %
Consultation chez spécialiste	60 %	85 %
Prestation de kinésithérapie	60 %	80 %

Ces différences de remboursement existent pour presque toutes les prestations y compris pour les plus importantes catégories de médicaments.

Mais comme nous l'avons dit, nous n'arrivons pas à établir une corrélation entre les mères qui bénéficient effectivement des remboursements préférentiels et leurs jugements sur les dépenses de santé.

En outre, ce système de remboursements n'a pas été modifié entre les deux dates et ne permet donc pas d'expliquer les différences observées.

Une autre mesure, destinée à contenir –de manière ciblée- les dépenses personnelles des assurés, est l'instauration, à partir de 1994, d'une exonération sociale ou fiscale des tickets modérateurs au-delà d'un certain seuil de dépenses annuelles.

L'exonération sociale du ticket modérateur concerne certains assurés en fonction de leur statut (V.I.P.O. préférentiels, handicapés, minimexés, chômeurs de longue durée et chefs de ménage...). Pour ces catégories d'assurés, au-delà d'un certain montant de dépenses annuelles, les dépenses de santé sont totalement remboursées. Les médicaments n'étaient pas inclus.

L'exonération fiscale du ticket modérateur concerne les assurés ordinaires. Elle était établie au moment de la déclaration fiscale. Le niveau de la franchise s'élève proportionnellement au niveau des revenus. Les remboursements éventuels n'interviennent que deux ans après que les dépenses ont été effectuées de telle sorte que les assurés n'en mesurent pas l'impact réel dans leur estimation sur la facilité ou difficulté de faire face aux dépenses de santé.

Ces deux mesures étaient déjà en place plusieurs années avant l'enquête de 1997 et l'étaient toujours lors de celle de 2001. En effet, l'élargissement du système de la franchise à l'ensemble des assurés, grâce au système du «Maximum à facturer» (MAF), décidé en 2001, n'est entré en vigueur qu'en 2002. Ce MAF tient compte désormais d'une bonne partie des dépenses pharmaceutiques. Mais ces nouvelles mesures, postérieures aux deux enquêtes sous la loupe, ne peuvent donc pas expliquer la différence d'appréciation dans l'accès aux soins que nous constatons entre 1997 et 2001.

Rappelons que, selon leurs propres réponses aux enquêtes, la majorité des femmes monoparentales ne figurent pas dans les catégories d'assurés avec remboursements préférentiels ou avec franchise sociale (voir graphique n° 50) ; elles ne bénéficient alors que des remboursements ordinaires tant pour elles-mêmes que pour leurs enfants. En effet, les divorcées ne figurent pas parmi les statuts susceptibles de bénéficier de remboursements préférentiels et les mères/veuves sont peu nombreuses dans notre échantillon qui se limite à la tranche des 20 à 60 ans. En outre, plus de 60 % des femmes monoparentales sont actives occupées et donc assurées ordinaires. Il se peut, surtout si elles n'ont qu'un emploi partiel, que leurs revenus ne soient pas plus élevés que ceux de certaines des assurées avec remboursements préférentiels, mais elles ne bénéficient pas de ceux-ci.

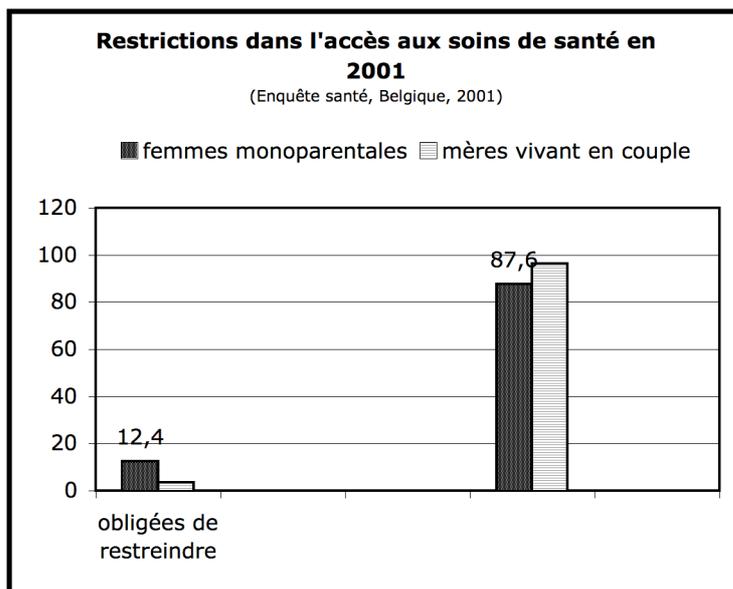
Ainsi, il est difficile d'expliquer pourquoi l'enquête de 2001 révèle une opinion plus favorable quant à l'accessibilité aux soins que celle de 1997 alors que par ailleurs le jugement global sur le coût des soins en Belgique s'est détérioré.

Revenons aux mères qui déclarent avoir des difficultés ou ne pas arriver à faire face à leurs dépenses de santé.

Rappelons que, pour les femmes monoparentales, il s'agit de proportions assez importantes. En 1997, 51,2 % des femmes monoparentales et en 2001, 31,8 % d'entre elles trouvaient que leur budget permettait difficilement de faire face à la part personnelle des dépenses de soins. Pour ces mêmes dates respectivement 3,7 % et 3,3 % disaient que leur budget ne permettait pas de faire face à ces dépenses.

Comment se traduit concrètement cette difficulté dans le comportement d'accès aux soins ? Si la répondante a l'impression qu'elle fait difficilement face aux dépenses de santé, elle aura sans doute tendance à restreindre le recours aux soins. C'est, effectivement, ce qui apparaît dans la série des réponses qui suivent. On observe toutefois une sélection dans les types de soins à restreindre.

Graphique 57. Restrictions dans le recours aux soins de santé en 2001



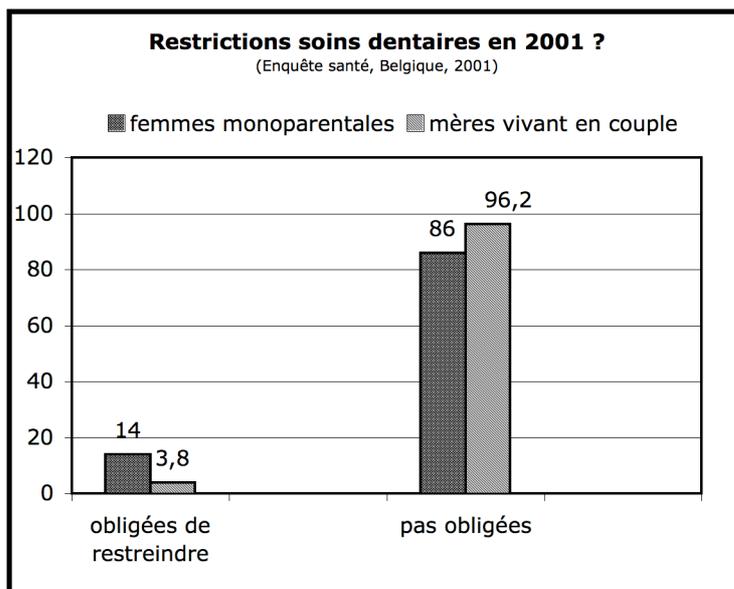
Une première remarque s'impose : il y a peu de concordance entre le sentiment de difficulté ou d'impossibilité de faire face aux dépenses de santé et l'aveu que des restrictions ont été nécessaires.

Pour les femmes monoparentales, la proportion de celles qui avouent avoir fait des restrictions se situe nettement en dessous de celles qui ont déclaré avoir des difficultés.

Pour les mères vivant en couple, les écarts sont différents. La proportion de celles qui constatent que des restrictions (3,6 %) ont été nécessaires se situe nettement en dessous de celles qui ont déclaré avoir des difficultés.

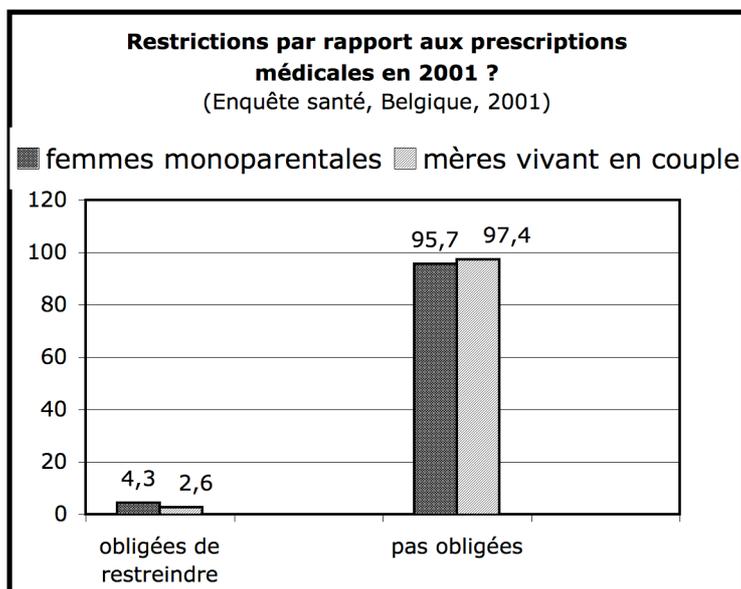
L'épreuve des faits modifie assez sensiblement la perception subjective. Mais elle est peut-être liée à la nature des soins qui étaient en cause.

Graphique 58. Restrictions par rapport aux soins dentaires en 2001.



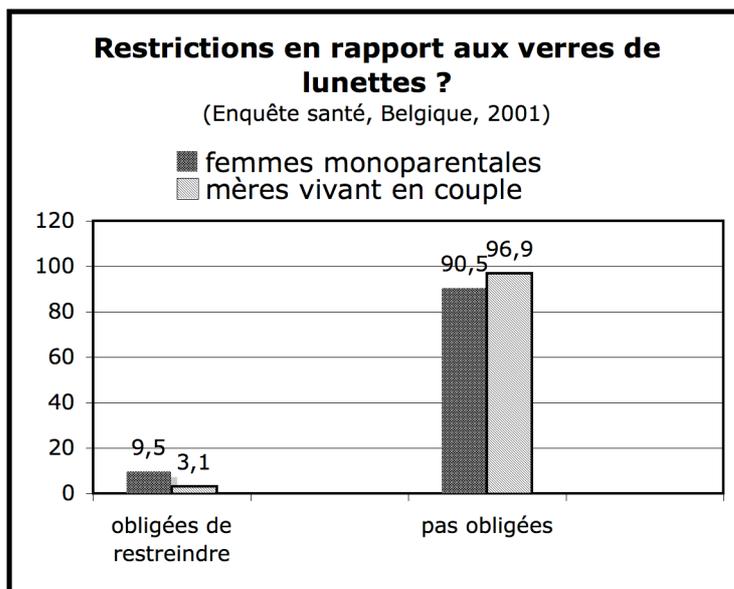
Effectivement, pour les femmes monoparentales ayant besoin de soins dentaires, les restrictions déclarées en matière d'accès aux soins sont plus fréquentes que dans le cas des déclarations de restrictions en général. Ce décalage entre le cas concret et la déclaration générale s'observe également pour les mères vivant en couple. Toutefois la proportion de celles qui ont restreint les soins est moins importante

Graphique 59. Restrictions par rapport aux prescriptions médicales en 2001



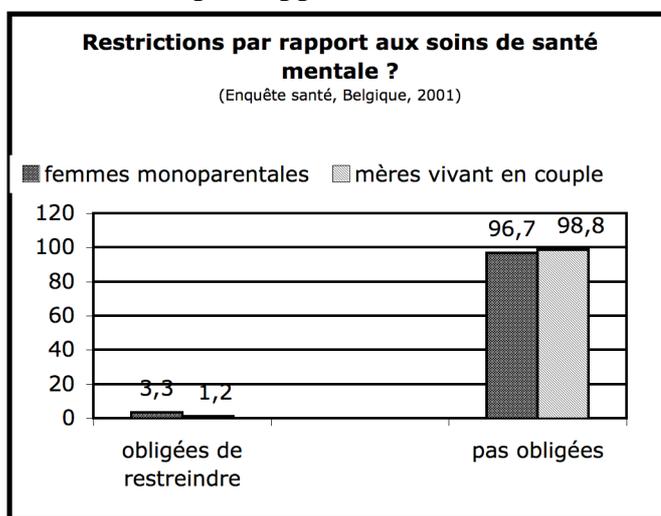
La proportion des femmes qui ont du restreindre leurs dépenses par rapport aux prescriptions médicales, autrement dit renoncer à ce que le médecin a prescrit, est très réduite. Elle est proche de celle des mères qui déclarent que leur budget *ne permet pas* de faire face aux dépenses de santé. Cela mérite cependant réflexion et inquiétude.

Graphique 60. Restrictions par rapport aux verres de lunettes en 2001



Pas loin de 10 % des femmes monoparentales ont déclaré avoir du restreindre leurs dépenses en lunetterie. Nous observons encore ce décalage significatif entre les déclarations concrètes de restrictions ayant été nécessaires et les déclarations générales sur les difficultés à payer les soins. Par contre, il ne faut pas oublier que seules sont concernées par la réponse, les mères qui avaient besoin de lunettes. Dans tous ces cas de figure, les femmes monoparentales sont proportionnellement plus nombreuses que les mères vivant en couple à devoir s'imposer des restrictions dans l'accès aux soins.

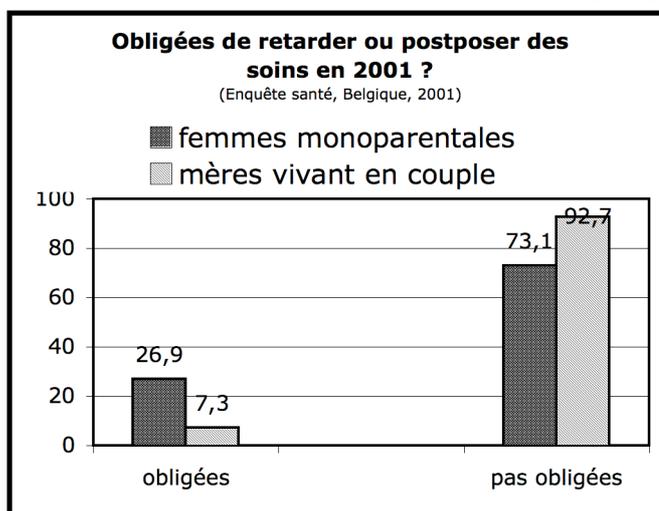
Graphique 61. Restrictions par rapport aux soins de santé mentale en 2001 ?



Les pourcentages des mères qui ont du s'imposer des restrictions quand il était nécessaire de recourir à des soins de santé mentale est sans doute minime mais pas moins préoccupante.

Lorsque les questions sur les restrictions sont posées de manière un peu moins «carrée», par exemple lorsqu'on demande aux personnes interviewées si elles ont dû *retarder* ou *postposer* des soins, les réponses prennent d'autres proportions.

Graphique 62. Des soins de santé ont-ils été retardés ou postposés en 2001 ?



Les restrictions dans l'accès aux soins apparaissent mieux sous cet angle de vue. En 2001, plus d'un quart des femmes monoparentales reconnaissent qu'elles avaient dû retarder ou postposer des soins. L'écart entre elles et les mères vivant en couple est important. Elles sont plus de 3,5 fois plus nombreuses dans ce cas.

A cette question, les mères vivant en couple ont été un peu plus nombreuses à reconnaître des difficultés les obligeant à retarder des soins qu'elles ne l'avaient été pour les questions générales.

Si on globalisait les réponses aux deux enquêtes, on constaterait que quelque 27,7 % des femmes monoparentales et 7,1 % des mères vivant en couple ont déclaré avoir dû retarder ou postposer des soins de santé.

Différentes questions ont été posées par les enquêteurs pour tenter d'évaluer la part du budget des deux catégories de ménages qui, déduction faite des remboursements, est consacrée aux soins de santé.

Bien qu'il semble que le taux de remboursement moyen soit un peu plus élevé pour les femmes monoparentales²³ et que les dépenses moyennes soient un peu moins élevées que pour les mères vivant en couple, il n'en reste pas moins que, pour les femmes monoparentales, la part du budget consacrée aux soins de santé est sensiblement plus élevée que pour les mères vivant en couple.

Tableau 11. Dépenses mensuelles moyennes pour les soins de santé (en €)

²³ Nous n'avons pas d'explication. Nous restons vagues pour ce résultat parce que la difficulté pour les assurés de comptabiliser les remboursements ne permet guère de se fier aux réponses.

Année	Femmes monoparentales	Mères vivant en couple
1997	105,84 €	101,96 €
2001	114,87 €	132,28 €

Tableau 12. Part du budget du ménage consacrée aux soins de santé

Année	Femmes monoparentales	Mères vivant en couple
1997	10,17 %	5,18 %
2001	8,82 %	5,61 %

Les déclarations des femmes monoparentales semblent assez cohérentes. L'amélioration perçue entre les deux enquêtes se constate cette fois encore. Leurs dépenses de santé ont augmenté d'une enquête à l'autre, mais la part du budget du ménage consacrée aux soins de santé a légèrement diminué.

Nous avouons que les questions et réponses ne permettent pas bien de saisir le nombre de personnes concernées par ces dépenses. Pour les mères vivant en couple, nous ne savons pas si les remboursements arrivent sur leur propre compte et si elles peuvent facilement faire les décomptes. Toutefois, il apparaît pour elles aussi que malgré une augmentation des dépenses globales entre 1997 et 2001, la part du budget de leur ménage consacrée aux soins de santé reste dans la même tranche et est acceptable.

Conclusions.

Résumons-nous et tirons quelques conclusions provisoires.

Manifestement, les femmes monoparentales ont un moins bon état de santé que les mères vivant en couple. Nous ne pouvons pas actuellement expliquer cette différence qui ne peut être imputable au hasard. Nous avons, cependant, mis en évidence l'existence d'un important contexte de violences subies au sein même du domicile. Nous ne savons pas par qui sont perpétrées ces violences mais nous formulons l'hypothèse qu'il s'agit le plus souvent de l'ex-conjoint ou ex-partenaire. Ce point mériterait de faire l'objet de recherches complémentaires.

Les femmes monoparentales ont un niveau de revenus et un taux d'activité professionnelle inférieurs à ceux des mères vivant en couple. Elles n'ont pas nécessairement des dépenses de santé plus importantes que celles des mères vivant en couple, toutefois, la part de leur budget qui est consacrée à ces dépenses est nettement plus importante.

On ne peut dès lors pas dire que l'égalité d'accès aux soins de santé soit parfaitement réalisée. Les impressions fort divergentes entre les deux catégories de mères quant à la facilité ou à la difficulté de faire face aux dépenses de santé traduisent à la fois cette différence par rapport à l'état de santé et par rapport à l'accès aux soins. Ce sentiment récurrent de difficulté explique peut-être, surtout chez les femmes monoparentales, certaines formes d'anxiété, renforçant ou suscitant par elles-mêmes des troubles psychosomatiques ou somatiques.

Malgré tout cela, nous ne constatons pas chez ces mères, et particulièrement chez les femmes monoparentales, de surconsommation de médicaments. Leur consommation est moins importante que les pathologies dont elles souffrent.

Il semble assez urgent que la médecine, tant dans son volet recherche que dans son volet pratique médicale, tienne mieux compte des principales pathologies qui affectent la vie quotidienne des femmes.

Il est indispensable aussi que soit approfondie la question des violences subies par les femmes, de l'impact de ces violences sur l'état de santé des victimes et de la responsabilité civile des auteurs de ces violences.

Dans le cas des femmes monoparentales, s'il s'avérait –comme nous en formulons l'hypothèse- qu'une partie de ces violences est imputable à la question des créances alimentaires, voire au partage de la responsabilité parentale, les pouvoirs publics seraient impliqués dans cette responsabilité. Nombre d'Etats, notamment plusieurs Etats des U.S.A., ont depuis longtemps adopté des solutions qui normalisent et régularisent le paiement des créances alimentaires fixées par la justice sans que la créancière (ou le créancier) soit tenu d'intervenir afin d'en obtenir le recouvrement lorsqu'il y a lieu.²⁴

²⁴ I.Garfinkel et P. Wong, «Pension alimentaire pour enfants et Politique des pouvoirs publics», dans *Les Familles monoparentales. Les enjeux économiques*, OCDE, Paris, 1990, p.115-146.

