

Zeitschrift: Femmes suisses et le Mouvement féministe : organe officiel des informations de l'Alliance de Sociétés Féminines Suisses

Herausgeber: Alliance de Sociétés Féminines Suisses

Band: 74 (1986)

Heft: [3]

Artikel: Pourquoi sommes-nous si chères ?

Autor: Lempen, Silvia / Berenstein-Wavre, Jacqueline / Chaponnière, Martine

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-277874>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 16.07.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

LES FEMMES ET LA CONSOMMATION MEDICALE POURQUOI SOMMES- NOUS SI CHERES ?

Explosion des coûts de la santé : le débat fait rage. Médecins et caisses-maladies, associations de consommateurs et autorités politiques étalent dans les médias leurs analyses contradictoires et leurs querelles. Les associations de femmes restent, quant à elles, relativement discrètes. Pourtant, le problème nous concerne au premier chef puisque, en matière de consommation médicale, nous tenons largement la tête du classement. On nous le fait d'ailleurs bien sentir, puisque nos cotisations aux caisses-maladie sont plus élevées que celles des hommes.

Cette différence est injuste, parce qu'elle fait fi de la solidarité la plus élémentaire entre concitoyen(ne)s. Mais le constat d'injustice ne doit pas nous empêcher de nous demander pourquoi nous coûtions si cher. Si vous avez mal à la tête, prenez une aspirine : c'est plus compliqué que le cube de Rubik.

I - C'EST COMME ÇA

Est-il vrai que le nombre de femmes atteintes de calvitie tend à augmenter ? Un dermatologue lausannois, interrogé par *Le Matin*, pense qu'il n'en est rien. Tout simplement, les femmes consultent plus rapidement, de nos jours, en cas de chute de cheveux. Et l'auteur de l'article de conclure que, selon ce praticien, le phénomène s'inscrit dans le cadre de la surconsommation médicale.

Surconsommation : voilà le grand mot lâché. Un mot qui ne plaît guère à Rina Nissim, du Dispensaire des Femmes, à Genève : « Ce terme suggère que les femmes consommeraient trop de médecine par rapport à leurs besoins, ce qui est faux. Il faut simplement dire que les femmes consomment plus de médecine que les hommes ».

Sur ce point du moins, tout le monde est d'accord. Si l'on admet, en effet, que le niveau quantitatif de la consommation médicale globale d'une catégorie de la population se traduit en termes de coûts pour les caisses-maladies, les chiffres

Vu par Pécub



sont parlants. D'après différentes sources, et notamment d'après le directeur de la Caisse-maladie cantonale du canton de Berne, les femmes coûtent entre 30 % et 50 % plus cher que les hommes (surplus que la fonction reproductive n'explique que très partiellement). Et si l'on prend en considération également les secteurs de la consommation médicale qui échappent à la comptabilité des caisses maladie, c'est-à-dire le recours aux médecines « alternatives » et la consommation « sauvage » de médicaments, ce sont encore les femmes qui tiennent la tête du classement.

Les témoignages des thérapeutes utilisant les méthodes douces (homéopathie, acupuncture, phytothérapie, réflexologie, etc.) concordent sur la prédominance féminine dans leur clientèle. Et d'après une étude de l'Institut de médecine sociale et préventive de Zurich, les femmes consomment trois fois plus de médicaments que les hommes, y compris pour la part (importante) de ces médicaments qui est obtenue en pharmacie sans ordonnance (60 % du total !) et/ou absorbée sans consultation.

La première enquête véritablement représentative sur l'état de santé de la population suisse, et tenant compte de différentes variables telles que le sexe, l'âge, le niveau de formation, les habitudes de vie, l'environnement quotidien, l'activité professionnelle et l'intégration sociale, a été publiée il y a quelques mois. Il s'agit du rapport SOMIPOPS¹ (système des indicateurs socio-médicaux de la population suisse) réalisé dans le cadre du programme national 8 du Fonds national de la recherche scientifique, et fruit de la collaboration entre la Commission fédérale pour les questions féminines et un groupe d'experts bâlois (cf. FS décembre 1985).

LES HOMMES MEURENT, LES FEMMES SOUFFRENT

Ce rapport confirme, pour la Suisse, un double phénomène déjà constaté à l'étranger : d'une part, les femmes ont une espérance de vie plus élevée que les hommes (en Suisse, 78,8 ans pour les femmes et 72,1 ans pour les hommes) ; d'autre part, les femmes sont globalement en moins bonne santé que les hommes.

Le constat de la surmortalité masculine est facile à établir ; en revanche, le constat de la surmorbidity féminine repose sur une multiplicité de paramètres dont le maniement s'avère délicat. « La santé, reconnaissent les auteurs du rap-

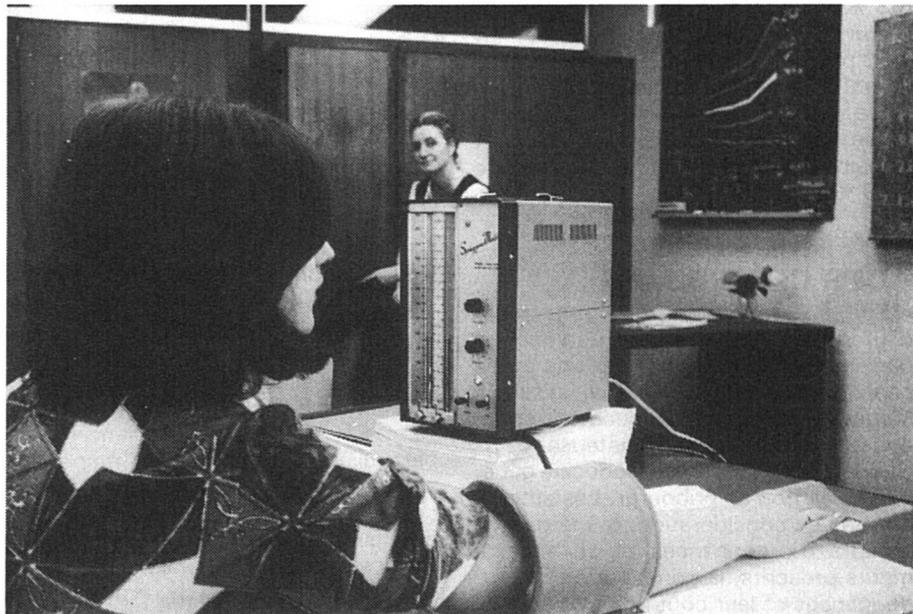


Photo OMS

port SOMIPOPS, n'est pas une grandeur unidimensionnelle directement mesurable ». D'où la nécessité de recourir à différents indicateurs, dont certains peuvent prétendre à l'objectivité, comme les statistiques portant sur les consultations, les hospitalisations, les diagnostics et les ordonnances, mais dont certains autres relèvent de l'appréciation subjective, comme l'auto-évaluation de son propre état de santé dans le cadre d'un sondage.

Malheureusement, le rapport SOMIPOPS ne permet pas de faire une distinction claire entre ces deux catégories d'indicateurs, du fait que même les renseignements d'ordre statistique sont obtenus uniquement par voie d'enquête au-

près des usagers de la médecine. La Commission fédérale pour les questions féminines regrette à juste titre, dans sa conclusion, l'absence d'un point de vue médical « objectif ».

D'après les déclarations des personnes interrogées dans le cadre de l'enquête, les femmes consultent plus souvent que les hommes. 85,9 % des femmes suisses interrogées avaient consulté un médecin pendant l'année précédant l'enquête, contre 73,2 % des hommes. De plus, pendant le même laps de temps, le nombre moyen des consultations se monte à 6,6 % pour les femmes et à 4,8 % pour les hommes. 13 % des femmes avaient effectué un séjour à l'hôpital ou dans une station thermale, contre

ET LA SOLIDARITE ?

Les femmes coûtent plus cher que les hommes aux assurances-maladie, donc elles doivent payer des cotisations plus élevées : telle est la logique qui prévaut dans notre système sanitaire basé sur l'assurance-maladie privée et non obligatoire. C'est une particularité helvétique : dans tous les pays où l'assurance-maladie est publique et obligatoire, les cotisations sont identiques pour les deux sexes, même si le coût des femmes y est, comme chez nous, plus élevé. Si hommes et femmes payaient les mêmes cotisations, les caisses assurant une majorité de femmes seraient préférentielles, et on ne manquerait pas de voir fleurir des caisses... réservées aux hommes !

Est-ce une raison pour perpétuer, même dans le système actuel, une violation si flagrante du principe de solida-

rité ? Le Conseil fédéral vient de se déclarer partisan d'une réforme. Les cantons de Neuchâtel et de Genève, quant à eux, en ont déjà décidé autrement. Ils versent aux caisses maladie des subventions différenciées selon les catégories de membres, ce qui permet de réaliser l'égalité en matière de cotisations. La loi genevoise sur le subventionnement des caisses maladie indique dans son article 25 le montant que l'Etat doit verser aux caisses par catégorie de membres. Cette subvention est fixée comme suit (valeur 1985) :

- pour les hommes : Fr. 48.—
- pour les femmes : Fr. 144.—
- pour les enfants : Fr. 68.—

La maternité est assimilée à la maladie, les frais d'accouchement sont compris. Il faut en déduire cependant la subvention fédérale accordée pour chaque accouchement.

¹ Questions au féminin, 3/85, « Femmes et santé ».

8,3 % des hommes. Durée moyenne du séjour : 17,7 jours pour les femmes, 14 jours pour les hommes. En ce qui concerne enfin la consommation médicamenteuse, 45,6 % des femmes avaient absorbé des médicaments pendant les 4 semaines précédant l'enquête, contre 36,9 % des hommes.

LA MULTIPLICATION DES COMPRIMES

Sur ce dernier point, un complément d'information intéressant, quoique de portée limitée, est fourni par une étude parue en 1983 dans le Journal Suisse de Médecine et portant uniquement sur la consommation médicamenteuse de la clientèle d'un cabinet de médecine générale du canton de Fribourg². Les auteurs ont pris en considération, d'une part, le nombre d'ordonnances et de médicaments prescrits, la composition des ordonnances et leur coût ; d'autre part, la demande de médicaments de la part des patient(e)s. Il s'est avéré que les femmes n'ont pas reçu, en moyenne, plus de médicaments que les hommes, mais qu'en revanche elles ont reçu des quantités plus grandes en termes d'unités par emballage et que le coût moyen de leurs ordonnances est plus élevé. Par ailleurs, on note chez les femmes une proportion plus élevée de médicaments expressément demandés par le (la) malade, soit 17 % contre 11 % chez les hommes.

Pour pouvoir analyser de manière rigoureuse les causes et les modalités du surplus de consommation médicale chez les femmes, il faudrait savoir exactement de quelle manière le jeu de l'offre et de la demande intervient dans la détermination de ce surplus de consommation. Dans cet ordre d'idées, on peut mentionner une étude tessinoise sur l'hystérectomie³ qui fait apparaître une relation entre, d'une part, la fréquence de ce type d'intervention dans une région donnée et les caractéristiques des patientes qui la subissent, d'autre part le type d'offre médicale prévalant dans cette région (organisation du système sanitaire, disponibilité des gynécologues et structure hospitalière). Il sera intéressant de connaître les résultats des études similaires que les auteurs comptent mener à bien pour d'autres types d'opérations « unisexes », pour autant qu'il soit possible de les mettre en relation avec la variable du sexe.

² « Les médicaments en médecine générale. Etude des profils de prescription et de la demande des malades », par I. Nemitz et G. van Melle. Journal suisse de médecine, 113, 1719-1726 (1983).

³ « Services de santé : l'offre induit-elle la demande ? - Un premier essai de vérification pour les soins opératoires - L'exemple de l'hystérectomie », par G. Domenighetti, A. Casabianca et P. Luraschi, 1984, Sezione Sanitaria Dipartimento opere sociali, 6500 Bellinzona.

II - COMMENT ÇA SE FAIT ?

Selon le rapport SOMIPOPS, 17,4 % seulement des femmes interrogées, contre 24,6 % des hommes déclarent avoir une santé « excellente », alors que 64,4 % des premières et 62 % des seconds déclarent avoir une santé « bonne » (« pas particulièrement bonne » : respectivement 16,9 % et 11,6 %). Ce décalage doit sans aucun doute être mis en rapport avec le surplus de consommation médicale chez les femmes. Mais de là à dire que ce surplus est déterminé par une surmorbidity féminine objective, il y a un pas que Heidi Girardet, quant à elle, se refuse à franchir.

Heidi Girardet est sage-femme. Elle a ouvert un cabinet de réflexologie à Nyon et reçoit une clientèle à 90 % féminine (son titre de sage-femme y est bien entendu pour quelque chose !). D'après elle, les femmes sont, en réalité, en meilleure santé que les hommes. Si elles



Gravure de Pierre Lafillé.

consomment plus de médecine qu'eux, c'est parce que leurs attentes sont différentes. Alors que les hommes consultent simplement pour guérir d'une maladie, les femmes se préoccupent de maintenir un équilibre global de l'organisme. Et c'est justement cette attitude plus ouverte qui leur permet, finalement, d'être en meilleure santé !

PREVENIR VAUT MIEUX QUE GUERIR

Heidi Girardet se réfère à une clientèle déjà sensibilisée à ce qu'on appelle la conception « holistique » de la médecine (c'est-à-dire, s'adressant à la totalité de

la personne). Mais l'hypothèse selon laquelle l'évaluation plus négative que les femmes font de leur propre état de santé pourrait dépendre aussi d'un niveau d'exigences supérieur trouve un écho, dans le domaine de la médecine classique, dans les chiffres du rapport SOMIPOPS, relatifs aux soins préventifs. En effet, 36,5 % des femmes interrogées contre 21,4 % des hommes, invoquent des raisons d'ordre préventif pour leur dernière visite chez le médecin. Si l'on exclut les raisons en relation avec la grossesse ou le domaine gynécologique, il reste une différence positive de 4,4 % qui permet de supposer une plus grande attention des femmes aux problèmes de prévention.

Est-ce parce que, comme le dit Heidi Girardet, elles voient plus loin et plus large ? Est-ce parce qu'elles portent ataviquement la responsabilité de tout ce qui touche au corps ? Parce que, du fait de leur fonction reproductive, elles se sentent plus à l'aise en milieu médical ? Ou tout simplement parce qu'elles ont plus de temps que les hommes pour s'occuper d'elles-mêmes ?

Quoi qu'il en soit, le constat de la surmorbidity ne peut pas être évacué sans autre forme de procès. Maux de tête, douleurs dorsales, douleurs musculaires, nervosité, insomnie, maux de gorge, problèmes de poids, fatigue, hypertension, constipation, perte d'appétit : tous ces troubles sont invoqués, selon le rapport SOMIPOPS, plus souvent par les femmes que par les hommes. Au chapitre des diagnostics reçus, on trouve également une prépondérance féminine en matière de rhumatismes, hypertension, allergies, faiblesse cardiaque, souffles au cœur, tumeurs bénignes, maladies rénales, dépressions nerveuses, calculs biliaires et cancer. Les hommes se limitent à souffrir plus souvent de toux, et ne dépassent les femmes que pour deux diagnostics : les fractures et la bronchite chronique. Enfin, les femmes sont plus nombreuses que les hommes à accuser des handicaps chroniques, aussi bien que des troubles psychiques.

CHAMPIONNES DE LA SOMATISATION

« Les femmes, note Elisabeth Biaudet, la femme médecin à qui l'on doit d'avoir attiré l'attention des experts du programme du FNRS sur le problème de la consommation médicale féminine (cf. FS



Photo Buffe

février 1985), expriment plus souvent que les hommes, leur malaise par des symptômes physiques ». Le rapport fait aussi remarquer que la maladie féminine, signe de faiblesse, est mieux admise socialement que la maladie masculine. Mais Elisabeth Biaudet reproche à ses auteurs d'avoir adopté, sous l'influence de la Commission fédérale pour les questions féminines, un point de vue quelque peu misérabiliste. « On sent dans cette étude, s'exclamaient-elle récemment lors d'une conférence donnée devant les Femmes universitaires vaudoises, une sorte de compassion latente envers ces « pauvres femmes », qui ne seraient en rien responsables de leurs maux, alors que, dans les rares secteurs où il y a surmortalité masculine, ces messieurs n'auraient à s'en prendre qu'à eux-mêmes : ils toussent et ils ont des bronchites parce qu'ils fument trop, et ils ont des accidents parce qu'ils vivent dangereusement ! » La liaison entre ces phénomènes et le mode de vie masculin ne fait pas de doute, admet Elisabeth Biaudet, mais pourquoi, en revanche, considérer systématiquement les femmes comme des victimes impuissantes ?

Il est vrai que l'examen des constats établis dans le cadre des indicateurs choisis par les auteurs du rapport suggère que les femmes souffriraient, dans certains domaines, de leur infériorité socio-culturelle. La fréquence des troubles de santé diminue au fur et à mesure qu'augmente le niveau de formation, or, les femmes sont globalement moins formées que les hommes ; elle diminue également au fur et à mesure qu'augmente l'insertion sociale, or, les femmes sont plus nombreuses que les hommes à se déclarer insatisfaites sur ce plan.

HYPOTHESES EN PAGAILLE

Cependant, dans de multiples domaines, les conclusions du rapport sont si nuancées qu'elles confinent à l'insignifiance. Il est vrai qu'Elisabeth Biaudet s'en prend moins à ces conclusions qu'à l'esprit qui les sous-tend. « On aurait voulu prouver que la mauvaise santé des femmes est liée, soit à la double journée, pour les travailleuses, soit au « syndrome de la ménagère », pour les femmes au foyer. Or, ces hypothèses n'ont pas été vérifiées. La palme du meilleur index de santé revient à la ménagère ayant un bon niveau de formation et de jeunes enfants ! ».

A dire vrai, il paraît honnêtement très risqué à l'auteure de ces lignes d'affirmer que les hypothèses qualifiées par Elisabeth Biaudet de « féministes » trouvent ou ne trouvent pas confirmation dans ce rapport. Sur certains thèmes, on assiste à un tel télescopage de variables qu'une chatte n'y retrouverait pas ses petits. Par exemple, en ce qui concerne la relation : travail/santé, il faut distinguer : travail ménager et travail rémunéré, travail à temps partiel et travail à temps complet, situation familiale de la travailleuse (ou de la ménagère), type de troubles observés (troubles du bien-être, physiques ou psychiques), etc. Sans compter, hélas, les variables qui manquent, comme la possibilité ou non de bénéficier d'une aide de ménage ou de garderies pour les enfants ! Et sans compter aussi la difficulté liée au fait que, pour chaque constat, ou presque, le lien de cause à effet peut être inversé. Ainsi, quand on nous dit que plus les heures de travail (rémunéré + ménager) augmentent, et plus les

troubles de la santé diminuent, on pourrait aussi bien nous dire que c'est parce qu'on est en bonne santé que l'on peut beaucoup travailler !

Au reste, la Commission fédérale le reconnaît : « Les données dont on dispose sur le cumul des tâches des femmes ne permettent pas de tirer des conclusions pertinentes ».

XX et XY

Parmi les explications possibles de l'inégalité des sexes face à la maladie, le rapport SOMIPOPS mentionne les facteurs biologiques. Les maladies spécifiques des organes génitaux féminins sont plus fréquentes que les maladies comparables chez l'homme. Toutefois, il semble que les hormones sexuelles féminines offrent une certaine protection contre les maladies dégénératives. Par ailleurs, la mortalité périnatale est plus élevée chez les garçons. Les femmes se sont avérées plus résistantes pendant la Seconde Guerre mondiale, en surmontant mieux que les hommes les atrocités des camps de concentration nazis.

Sur le plan génétique, explique la doctoresse Biaudet, la femme a un avantage du fait qu'elle a deux chromosomes X, alors que l'homme a un X et un petit Y, qui ne peut pas tenir tête à l'X. Si jamais il y a une maladie héréditaire localisée sur un X, la femme a la possibilité, que l'homme n'a pas, de la neutraliser par l'autre X.

III - QUE PEUT-ON FAIRE ?

D'après le rapport SOMIPOPS, les femmes sont particulièrement sujettes aux troubles du bien-être (de nature souvent psychosomatique) et aux troubles d'ordre psychique (28,2 % des femmes interrogées contre 19,2 % des hommes affirment avoir de tels problèmes). D'où une plus grande fréquence des consultations à finalité non strictement médicale (motivées par le besoin de trouver une écoute dans la personne du médecin) ; d'où, aussi, une absorption deux fois plus importante que chez les hommes d'analgésiques et de sédatifs.

Devant l'impossibilité manifeste (attestée par les conclusions... peu concluantes du rapport) de lier ce phénomène à un mode de vie particulier, du moins dans l'état actuel de la recherche, on peut se demander s'il ne faudrait pas en rechercher les causes dans des aspects plus fondamentaux et universels de l'identité féminine, ou plutôt de la quête féminine d'identité qui traverse notre civilisation. Dans un livre passionnant,⁴ Barbara Ehrenreich et Deirdre English mettent au jour cette constante de l'aliénation des femmes, confrontées aux exigences idéologiques changeantes et souvent contradictoires de la société. Ménagères ou travailleuses, célibataires ou mères, au gré des époques et des nécessités, les femmes souffriraient toutes d'un même mal : la privation de l'autodétermination.

AIDE-TOI TOI-MEME

Cette piste n'est guère explorée par les experts de SOMIPOPS. Elisabeth BiauDET semble s'y référer quand elle encourage les femmes à « se prendre en main », individuellement, et à mettre sur pied, collectivement, des structures d'autogestion de leur propre santé, tels les groupes de self-help qui existent déjà en Suisse pour certaines maladies chroniques ou pour la ménopause (cf. encadré).

Cependant, le choix autogestionnaire, dans sa dimension individuelle ou collective, ne peut être véritablement efficace que s'il s'accompagne de la remise en question, d'une part, de la notion même de consommation médicale, d'autre part, du binôme savoir/pouvoir qui ca-

⁴ « Des experts et des femmes - 150 ans de conseils prodigués aux femmes », par Barbara Ehrenreich et Deirdre English, éd. Remue-ménage, 1983.

ractérise la relation du (de la) malade avec le (la) thérapeute.

Heidi Girardet et Rina Nissim sont d'accord pour admettre que, au départ, l'attitude des femmes qui s'orientent vers les méthodes douces (a priori particulièrement propices à la prise en charge personnelle) n'est pas foncièrement différente de celles des patientes d'un cabinet médical traditionnel. Sylviane, qui a fait le choix de la médecine « alternative »



La consommation médicale augmente avec l'âge...

Photo OMS

après une expérience chirurgicale désastreuse, le reconnaît : « Au début, j'allais chez l'homéopathe pour acheter des soins, avaler des produits dont j'attendais une efficacité ponctuelle et immédiate, exactement comme je le faisais avant ».

LIQUIDER L'ESPRIT DE CONSOMMATION

C'est progressivement qu'une autre attitude peut s'installer : « peu à peu, explique Heidi Girardet, on se rend compte que la médecine douce remet en question la perception globale de la personne, qu'elle nous apprend à savoir, percevoir, sentir, comprendre, gérer, négocier, recommencer ». C'est alors seulement qu'on peut jeter aux orties les anciennes habitudes.

« Si elle est bien pratiquée, confirme Rina Nissim, en analysant son expérience au Dispensaire, la médecine « alternative » diminue le besoin de consultations. Mais il faut admettre que la multiplication des consultations du début, calquée sur le comportement vis-à-vis de la médecine traditionnelle, répond elle aussi à une nécessité. Les femmes doivent d'abord régler les zones d'ombre de leur vie. Ensuite, un contrat tacite s'établit entre la soignante et l'usagère, qui doit permettre à cette dernière de trouver son propre rythme ».

Pour en revenir à Sylviane, traumatisée par une hystérectomie et une ovariectomie non maîtrisées, quelle plus belle conquête, en matière d'autonomie, que ce voyage à Paris pour aller voir une des auteures d'un livre sur la ménopause qui lui avait ouvert de nouveaux horizons⁵ ?

Sylviane, qui fréquente un groupe de self-help pour femmes ménopausées à Genève, est allée chercher conseil et documentation pour la mise sur pied de groupes similaires dans le canton de Vaud, où elle habite. Elle cherche actuellement des femmes qui seraient disposées à collaborer avec elle pour ce projet...

JE SAIS, DONC JE PEUX

Assumer soi-même, tout(e) seul(e) ou en groupe, dans un contexte non médicalisé, ses problèmes de santé, c'est aussi remettre en cause le pouvoir lié à la compétence du (de la) thérapeute. Remise en cause aussi difficile pour les pa-

⁵ « Femmes à 50 ans », par Michèle Thiriet et Suzanne Képes, Seuil, 1981.

tient(e)s que pour les soignant(e)s, tant il est vrai que la frontière est mouvante entre les deux exigences légitimes mais contradictoires du (de la) malade : recevoir aide et conseil tout en construisant son autonomie. Rina Nissim avoue se poser tous les jours la question de savoir jusqu'où il est juste que la personne soignante garde son pouvoir. D'après les personnes qui ont l'expérience d'un groupe, la solution idéale est qu'un(e) professionnel(le) participe aux séances en se limitant à jouer le rôle de garde-fou. Mais le règne des experts dénoncé par Barbara Ehrenreich et Deirdre English n'est pas suffisamment ébranlé pour qu'une telle formule soit encore envisageable à large échelle...

Et pourtant, c'est bien là la question qui se situe au cœur de la fameuse « surconsommation » médicale des femmes.



... mais il y a aussi des grands-mères qui tiennent la forme !

Toutes les formes de malconsommation sont plus ou moins liées à l'impossibilité de déterminer soi-même ses vrais besoins. Nous avons renoncé à présenter dans ce dossier le remarquable travail d'ISIS⁶ sur la santé des femmes, parce que sa dimension internationale déborde largement le cadre de notre réflexion sur la situation en Suisse. Nous recommandons toutefois vivement à toutes les personnes intéressées d'en prendre connaissance, pour se rendre compte de la manière dont, un peu partout dans le monde, les femmes s'efforcent de devenir les maîtresses de leur santé.

Silvia Lempen

Enquête :

Jacqueline Berenstein-Wavre
Martine Chaponnière

⁶ A lire notamment, « A dossier on women and health, Well being and being well, Women's world », ISIS, 1985.

OPINION

QUELQUES VERITES BONNES A DIRE...

Les frais médicaux et pharmaceutiques occasionnés par les femmes sont beaucoup plus élevés que ceux occasionnés par les hommes. Tout le monde le sait. C'est de plusieurs millions qu'il s'agit, même si on ne tient pas compte des frais occasionnés par la maternité.

Comment se fait-il alors que ce phénomène n'ait pas encore fait l'objet d'analyses sérieuses pour déceler la cause de cette différence de coût ? Est-elle physiologique, sociologique, psychologique ?

A titre personnel, je me permets quelques hypothèses :

- **les caisses maladie** n'osent pas dire que ce sont les médecins qui profitent des femmes. Jouant sur leur besoin d'écoute, ils les convoquent trop souvent ;
- **les médecins** ne désirent pas développer les groupes de self-help, pour les malades chroniques par exemple. Cela servirait de traitement à 6 ou 7 personnes à la fois et diminuerait le nombre des client(e)s ;
- **les industries pharmaceutiques** désirent vendre leurs produits. Alors les pharmaciens ne luttent pas contre l'abus des laxatifs qui à la longue peuvent devenir cancérigènes, contre l'abus de calmants et d'analgésiques qui détériorent la santé ;
- **les hommes** ont ravi aux guérisseuses et aux sorcières depuis plus de 300 ans l'art de guérir les femmes. Le patriarcat médical est encore à la mode. Est-ce toujours dans l'intérêt des femmes ?
- **les femmes** ont peur de découvrir scientifiquement que l'âge de l'AVS

(65 ans pour les hommes et 62 ans pour les femmes), n'est pas en harmonie avec l'état de santé des deux sexes à ces âges. En 1948, lors de l'entrée en vigueur de l'AVS, l'âge de la retraite était 65 ans pour tous et pour toutes ;

- finalement, on peut également se demander **qui gagne de l'argent** grâce aux femmes à soigner ? Les femmes ne sont pourtant pas la catégorie de la population la plus riche (leurs chromosomes X mis à part) ! **Mais c'est peut-être parce que parmi elles se trouvent les personnes les plus faciles à exploiter.**

Solutions :

Puisqu'il faut diminuer le coût des frais médicaux et pharmaceutiques des femmes, il faut tout simplement les rendre moins perméables à l'exploitation médicale et pharmaceutique. Comment ? En les rendant plus fortes vis-à-vis d'elles-mêmes et de la société. En leur permettant d'avoir les enfants qu'elles désirent, le travail qui leur plaît et qu'elles peuvent accomplir tout en élevant leur famille, une vie de mère, de ménagère où elles puissent se revaloriser.

Je pense qu'il y a là un gros travail pour les associations féminines.

Jacqueline Berenstein-Wavre

qui a fait deux jours d'hospitalisation dans sa vie, qui n'a jamais été « absente pour cause de maladie » plus de trois jours par an, qui ne voit que une ou deux fois par an en moyenne un médecin depuis plus de 40 années, et qui paie 150 francs par mois d'assurance-maladie !

DEMEDICALISER LA MENOPAUSE

Françoise Kobr, psychologue, anime à l'École des Parents de Genève (en collaboration avec une infirmière du Dispensaire des femmes pour la partie médicale) des groupes « Femmes au milieu de la vie », où les problèmes de la ménopause sont abordés sous différents angles. C'est un exemple d'auto-gestion collective d'un problème de santé aux implications multiples.

Tabous, manque d'information : la ménopause est une période où l'on peut facilement verser dans la médicalisation à outrance et dans la dépendance. Les réponses des médecins sont souvent parcellaires, et ne permettent

pas aux femmes de se faire une vue d'ensemble de ce qui se passe en elles. Or, l'aspect physiologique de la ménopause est lié avec des aspects affectifs et existentiels. C'est le moment d'une perte et d'une réorganisation. Le groupe aide à accomplir le travail de deuil et à repartir sur des bases positives.

« Au lieu de raccourcir cette période de crise, dit Françoise Kobr, certains médecins semblent faire de tout pour la rallonger. Peut-être pour satisfaire à un vœu non formulé de leurs patientes, qui se sentent plus crédibles, avec leurs malaises, aux yeux de leur mari, si elles peuvent exhiber factures et ordonnances ! » — (mm)