

COMMENTAIRE

Pourquoi la question de l'assurance-maladie privée est-elle un enjeu lié au genre?

par Alison Jenkins

Les Canadiennes et les Canadiens sont fiers, et avec raison, du système d'assurance-maladie en vigueur au Canada, lequel est financé à même les fonds publics et conçu pour être accessible à toute la population. Il faut tout de même avouer que ce système fait présentement face à plusieurs problématiques. En plus des pénuries de personnel soignant et des controverses entourant la question des temps d'attente pour obtenir des soins à la suite d'aiguillages, les services de soins dentaires et ophtalmologiques, les médicaments et les programmes de réadaptation ne sont aucunement couverts par l'assurance-maladie publique. Par conséquent, les personnes nécessitant de tels services doivent payer de leur poche. Les frais des soins médicaux non couverts par l'assurance-maladie pouvant être élevés, nombre de compagnies d'assurances offrent des régimes d'assurance-maladie privés. Selon les lois en vigueur dans la plupart des provinces, ces régimes privés de ne peuvent offrir que les services qui ne sont pas offerts par l'assurance-maladie publique. Des assurances privées sont, dans la plupart des cas, offertes par la voie de régimes d'assurance collective auxquels contribuent certains employeurs, par le truchement d'un assureur pour compte de tiers, comme la Croix Bleue. Selon des estimations établies pour 2000, 65 pour cent de la population canadienne bénéficiait de ce type d'assurance-maladie privée ^[1].

Le rôle approprié des régimes d'assurance-maladie privés fait présentement l'objet d'un intense débat politique, juridique et économique. Malheureusement, il existe peu d'études sur les implications de ce type d'assurances sur le plan sexospécifique. La majorité des personnes qui nécessitent des soins de santé et les dispensent, avec ou sans rémunération, sont des femmes. Celles-ci sont donc particulièrement touchées par les décisions portant sur le rôle des régimes d'assurance privés.

Certains plaident en faveur de régimes privés qui incluraient une protection parallèle pour des services déjà fournis par l'assurance-maladie publique en affirmant que cette voie offrirait des solutions de rechange qui réduiraient la pression exercée sur le système public. Toutefois, les données probantes à l'échelle internationale contredisent cette position. Dans les pays où la population peut « choisir une autre voie » que celle du système d'assurance-maladie public, l'impact de l'assurance-maladie privée est très évident : perte de ressources, disparition de services et une charge de soins plus grande remise aux personnes soignantes non rémunérées, dont la plupart sont des femmes. Par ailleurs, même dans les

Les facteurs de risque peuvent être influencés par le sexe ou le genre, ou par les deux. Le tabagisme offre à ce titre une excellente illustration de la différence entre l'influence du sexe et du genre sur la santé cardiovasculaire des femmes et sur celle des hommes. Par exemple, étant donné que l'usage du tabac nuit à la production et à l'utilisation d'oestrogènes, les femmes qui fument risquent de perdre une défense naturelle contre les maladies cardiovasculaires, ce qui les expose à un risque beaucoup plus élevé que les hommes. Les recherches ont en outre démontré que le tabagisme constitue un facteur de risque de crise cardiaque – infarctus du myocarde (IM) – plus important chez les femmes que chez les hommes; le risque relatif est d'environ 50 % plus élevé chez les fumeuses que chez les fumeurs ^[7].

Par ailleurs, les spécificités du genre en ce qui a trait à l'usage du tabac chez les femmes exposent également ces dernières à un risque plus élevé. Par exemple, les femmes étant plus enclines à fumer dans le but de les aider à faire face au stress ^[8], elles ont plus de difficulté à abandonner le tabagisme et ont par conséquent besoin d'un soutien social plus important que les hommes ^[7]. De plus, contrairement aux tendances historiques ^[8], le taux de tabagisme chez les femmes est plus susceptible de rejoindre ou même de dépasser celui des hommes, ce qui accroît davantage le risque chez les femmes de développer une maladie cardiovasculaire.

Les risques de développer une maladie cardiovasculaire sont-ils les mêmes au sein des différents groupes de femmes?

Les risques de maladie cardiovasculaire varient selon les groupes de femmes. Les diverses sous-populations de femmes sont exposées à des risques distincts pour la santé selon leurs différences sur les plans biologique, social, historique et économique. Notamment, les femmes de couleur, à faible revenu et appartenant à une minorité ethnique sont parmi celles qui sont le plus à risque de développer une maladie cardiovasculaire et qui rencontrent le plus grand nombre d'obstacles en ce qui a trait aux soins de santé préventifs. Au Canada, par exemple, les femmes autochtones présentent

en moyenne un revenu annuel de ménage ainsi qu'un niveau de scolarisation et d'emploi inférieurs aux Canadiennes de descendance européenne, et on observe au sein de cette sous-population des taux de facteurs de risque (comme le tabagisme et l'obésité) et de maladies cardiovasculaires plus importants que chez les Canadiennes de descendance européenne^[9]. Les changements historiques qui se sont produits dans les habitudes alimentaires et le niveau d'activité physique des Autochtones ont probablement eu une influence sur le taux d'obésité plus élevé au sein de cette tranche de la population, en particulier le taux d'obésité abdominale, un facteur de risque connu de maladies cardiovasculaires^[9]. Dans le même ordre d'idée, des études réalisées aux États-Unis ont démontré que les femmes noires et autochtones sont les plus susceptibles de présenter des facteurs de risque multiples de maladies cardiovasculaires, alors que les femmes d'origine asiatique sont les moins susceptibles de présenter de tels facteurs de risque^[10,11]. D'autres études ont constaté que les femmes noires aux États-Unis présentent plus de facteurs de risque que les autres et qu'elles constituent la sous-population de femmes dont le taux de morbidité et de mortalité causées par la coronaropathie est le plus élevé, suivie des femmes hispaniques et des femmes blanches^[6, 12-14]. Il est nécessaire d'effectuer davantage de recherche pour établir clairement les raisons de ces tendances.

Des travaux de recherche ont démontré que les femmes qui sont peu scolarisées, ont un faible revenu et ont difficilement accès à l'emploi ont davantage tendance à présenter plus d'un facteur de risque en vieillissant^[10]. Par exemple, le tabagisme et l'obésité sont plus courants chez les personnes défavorisées socialement^[15-17]. Notamment, les femmes ayant un faible revenu sont généralement plus susceptibles d'être sans emploi, d'être peu scolarisées et de jouir de réseaux sociaux plus restreints, des situations qui d'une part réduisent leur capacité à adopter des comportements sains^[18] et qui d'autre part sont associées à un taux plus élevé de coronaropathie^[19] et d'insuffisance coronaire^[20]. Certaines données laissent également entendre que les femmes ayant un faible revenu de subsistance sont plus

pays comme le Canada, où les soins de santé publics sont financés à même les impôts, la mise en place d'un régime d'assurance-maladie privé peut exacerber les pressions sur le système public en créant un climat de concurrence, en favorisant la hausse des tarifs et en drainant les rares ressources du secteur public vers le secteur privé^[2]. Des comparaisons entre les pays membres de l'Organisation de Coopération et de Développement économiques (OCDE) suggèrent que les temps d'attente au sein du système de santé publique augmentent. En effet, le personnel soignant obtient une rémunération supérieure dans le secteur privé et quitte donc le réseau public pour de meilleurs salaires^[3]. En l'absence d'un accès à des services et à un personnel soignant en temps raisonnable, les femmes se voient contraintes à prendre en charge la prestation des soins.

Dans un même temps, les femmes sont moins nombreuses que les hommes à bénéficier de régimes d'assurance-maladie privés. Leurs revenus sont inférieurs et les ressources dont elles disposent pour payer des soins sont plus modestes^[4]. Les régimes d'assurance-maladie privés sont surtout offerts par des employeurs importants. Or les femmes sont plus nombreuses à travailler pour de petites entreprises et dans des secteurs non syndiqués et peu valorisés – des employeurs qui offrent peu d'avantages sociaux sinon aucun. Par exemple, les industries qui embauchent principalement une main-d'œuvre féminine, comme le secteur des services, affichent les plus faibles taux d'assurance-maladie privée offerte au personnel de tout le Canada^[5, p.9].

Dans le même ordre d'idées, les femmes sont plus nombreuses que les hommes à travailler à temps partiel ou de façon occasionnelle en raison de leurs responsabilités en tant que personnes soignantes. Elles ne sont donc pas admissibles à un éventail d'avantages sociaux, dont l'assurance-maladie privée. Les femmes entrent sur le marché du travail et en sortent plus fréquemment que les hommes en raison des grossesses et d'un taux de maladies chroniques plus élevé. Pendant leur absence, elles perdent non seulement la protection accordée par une assurance-maladie privée, mais aussi le droit de bénéficier à nouveau d'une telle protection lorsqu'elles retournent au travail en raison des problèmes de santé qu'elles ont développés pendant leur absence^[6]. Certains changements d'ordre personnel placent les femmes dans une situation de vulnérabilité lorsqu'elles sont inscrites au régime d'assurance privé en tant que personne à charge. Le décès d'un conjoint ou un divorce peut leur enlever la protection dont elles bénéficient.

De plus amples recherches doivent être faites pour évaluer pleinement les conséquences que peut entraîner pour les femmes la mise en place d'un système d'assurance-maladie privé, notamment des recherches qui se penchent sur les besoins de différents groupes de femmes et sur les forces et

les faiblesses de divers régimes d'assurance-maladie privés. Par ailleurs, l'analyse des études existantes confirme de façon générale que cette façon de financer les soins de santé est profondément préjudiciable à l'équité des sexes ^[5].

Références bibliographique

1. Colombo F, Tapay N. L'Assurance santé privée dans les pays de l'OCDE. Paris : Organisation de Coopération et de Développement économiques; 2004.
2. Hurley J, Vaithianathan R, Crossley T, Cobb-Clark D. Parallel private health insurance in Australia: a cautionary tale and lessons for Canada [sériel en ligne]. c2002 [cité le 18 déc. 2008]. [ftp://repec.iza.org/RePEc/Discussionpaper/dp515.pdf](http://repec.iza.org/RePEc/Discussionpaper/dp515.pdf)
3. Tuohy, CH, Flood CM, Stabile M. How does private finance affect public health systems?: marshalling evidence from the OECD. *J Health Polit Policy Law*. 2004;29:359-96.
4. Ostlin P. What is the evidence about the effects of health care reforms on gender equity, particularly in health? (en ligne). c2005 [cité le 18 déc. 2008]. www.euro.who.int/Document/E87674.pdf
5. Jenkins A. Women and private health insurance: a review of the issues. Toronto: Les femmes et la réforme de la santé; 2007.
6. Miles S, Parker K. Men, women and health insurance. *N Engl J Med*. 1997;336:218-21.

susceptibles de vivre dans des milieux qui ne sont pas propices à un mode de vie sain, ce qui augmente leur risque de coronaropathie ^[21,22]. Dans les quartiers défavorisés, on retrouve généralement plus de restaurants à service rapide et moins d'épiceries offrant une pleine gamme de produits alimentaires, moins de centres de conditionnement physique et peu d'espaces verts publics, ce qui peut restreindre le niveau d'activité physique de leurs habitants. Les facteurs sociaux et environnementaux entraînant un stress chronique, dont la pauvreté et un milieu non sécuritaire, peuvent également contribuer à favoriser les comportements nuisibles pour la santé ou à empêcher les femmes de prendre soin de leur santé ^[23]. Le manque d'accès à des soins de santé, à des choix alimentaires sains, à des centres d'exercice et à des réseaux de soutien social constitue un ensemble d'obstacles sociaux, économiques et environnementaux à une bonne santé cardiovasculaire chez les femmes.

Comment pouvons-nous concevoir des programmes et des politiques favorisant la santé cardiovasculaire et prévenant les maladies du cœur au sein des différents groupes de femmes?

Lutter contre les inégalités économiques et sociales

Pour que les femmes puissent adopter des comportements sains favorisant la santé cardiovasculaire, il est nécessaire que les politiques et les programmes visent à éliminer les obstacles financiers et sociaux à la santé. C'est dans les régions où les femmes ont un statut inférieur et où l'inégalité des revenus est importante que l'état de santé des femmes et des enfants est le plus déplorable ^[24]. Les politiques ont une influence directe sur le statut et les inégalités. Par exemple, une étude examinant les effets de politiques d'État sur la santé des femmes aux États-Unis a permis de démontrer qu'un statut socio-économique inférieur constitue le principal indicateur de mortalité associée aux maladies cardiovasculaires chez les femmes et représente un facteur de risque plus important chez les femmes que chez les hommes ^[24].