



Conseil de l'Égalité des Chances entre Hommes et Femmes
Raad van de Gelijke Kansen voor Mannen en Vrouwen
Rat für Chancengleichheit zwischen Männern und Frauen

**AVIS N° 109 DE LA COMMISSION GENRE ET SANTE ET DE LA COMMISSION GENRE
ET PERSONNE AGEES CONCERNANT L'APPLICATION D'UN «GENDER
MAINSTREAMING» A LA REPOSE DU GOUVERNEMENT BELGE AU
«QUESTIONNAIRE SUR LES SOINS DE SANTE ET LES SOINS DE LONGUE DUREE POUR
LES PERSONNES AGEES»**

**AVIS N° 109 DE LA COMMISSION GENRE ET SANTE ET DE LA COMMISSION GENRE
ET PERSONNE AGEES CONCERNANT L'APPLICATION D'UN «GENDER
MAINSTREAMING» A LA REPONSE DU GOUVERNEMENT BELGE AU
«QUESTIONNAIRE SUR LES SOINS DE SANTE ET LES SOINS DE LONGUE DUREE POUR
LES PERSONNES AGEES»**

En vertu de la compétence consultative qui lui est conférée par l'arrêté royal du 15 février 1993 (*M.B.* 6 mars 1993), remplacé par l'A.R. du 4 avril 2003 (*M.B.* 5 juin 2003), le Conseil de l'égalité des chances entre hommes et femmes émet l'avis suivant concernant l'application d'un gendermainstreaming à la réponse du gouvernement belge au questionnaire sur les soins de santé et les soins de longue durée pour les personnes âgées.

I. INTRODUCTION

Depuis le Conseil européen de Lisbonne (2000), le défi du vieillissement de la population est appréhendé de diverses manières.

En juin 2001, le Conseil européen de Göteborg a demandé au Conseil de susciter un rapport conjoint du Comité de la Protection sociale et du Comité de politique économique qui, sur base de la méthode ouverte de coordination(MOC), fournirait des orientations en matière de soins de santé et de soins pour les personnes âgées. La Commission a présenté une Communication¹ basée sur trois objectifs : garantir l'accessibilité, la qualité et la viabilité financière du système des soins. Conseil européen de Barcelone (2002) a chargé la Commission de soumettre aux Etats membres un «*Questionnaire sur les soins de santé et les soins de longue durée pour les personnes âgées*».

La Belgique, comme les autres Etats Membres a fourni, en 2002, ses réponses a ce questionnaire.

En mars 2003 le Conseil a adopté un Rapport conjoint de la Commission et du Conseil «Soutenir les stratégies nationales pour l'avenir des soins de santé et des soins aux personnes âgées». Depuis 2006, le processus de la MOC avec un rapport stratégique national annuel s'applique également aux soins de santé et aux soins de longue durée pour les personnes âgées.

Dans le présent avis, le Conseil de l'Egalité des Chances entre Hommes et Femmes cherche à appliquer une analyse en termes de «gender mainstreaming» au rapport rendu par la Belgique en 2002.

Il demande que le gouvernement belge applique désormais une telle démarche lors de la rédaction des rapports stratégiques annuels en cette matière.

Il demande également que le gouvernement exerce une influence plus déterminante dans l'application de ce principe de «gender mainstreaming» dès la conception des travaux de politique européenne.

¹ COM(2001)723 final

II. PROFIL DEMOGRAPHIQUE DES PERSONNES AGEES

Dans sa réponse au questionnaire, la Belgique traite la population âgée comme un ensemble neutre du point de vue du genre (voir par ex. p.26-27), autrement dit comme s'il n'y avait aucune différence entre les hommes et les femmes âgés.

Or² ces différences sont particulièrement importantes.

Les femmes représentent 59,1 % de la population âgée de plus de 65 ans en Belgique, 62,6 % dans la Région de Bruxelles-C. ; 60,5 % dans la Région Wallonne et 57,7 % dans la Région flamande.

Le *taux de support potentiel* qui indique la proportion d'actifs potentiels par rapport à chaque personne âgée de plus de 60 évolue, respectivement pour les hommes et pour les femmes, de la manière suivante:

année	2000	2010	2030	2050
hommes	2,96	2,61	1,74	1,6
femmes	2,15	2	1,44	1,33
total	2,5	2,27	1,58	1,45

Quant au *coefficient d'intensité de vieillissement* qui indique la proportion des personnes âgées de plus de 80 ans au sein du groupe des plus de 60 ans, il évolue, respectivement pour les hommes et pour les femmes, de la manière suivante :

année	2000	2010	2030	2050
hommes	11,96	16,31	18,32	27,48
femmes	20,31	25,57	25,8	35,67
total	16,75	21,52	22,38	31,89

Ces données signifient donc que le nombre d'adultes susceptibles de s'occuper d'une personne âgée de plus de 60 ans diminue sensiblement d'ici à 2050 et que, dès 2010, plus d'un quart des femmes de plus de 60 ans sera âgée de plus de 80 ans.

Lorsque le gouvernement écrit que «*dans le cadre d'une politique des soins pour les personnes âgées, une attention particulière doit être consacrée aux soins prodigués par les proches...*» (p.i), il semble ignorer :

1° : que, par suite du vieillissement, les «proches» se font de moins en moins nombreux et que la charge qui leur incombera se fera donc de plus en plus lourde ;

2° : que, par suite du vieillissement, les «proches» sont souvent aussi âgés que les personnes à aider et donc que souvent ces proches ne peuvent plus fournir l'aide attendue ;

3° : que l'aide est le plus souvent apportée par des femmes alors que ce sont précisément les femmes qui sont les plus nombreuses à vivre seules et à vivre très âgées et donc à devenir très dépendantes.

Les mesures à adopter en vue d'assurer et d'humaniser le maintien à domicile demandent de tenir compte du fait que les personnes à maintenir à domicile sont en grande majorité des femmes, nombreuses à être très âgées et à vivre seules.

² selon le Chapitre consacré à la «Note relative à la politique des personnes âgées», dans l'Annuaire statistique de la Sécurité sociale, 2000, SPFSS, 2002.

A l'âge de 65 ans et plus le milieu de vie respectif des hommes et des femmes évolue de manière différente :

Age	en couple		isolé		dans autre ménage		en institution		autre	
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F
65-69	80,2	58,9	13,3	28,7	1,1	1,7	2,7	4,4		
70-74	77,6	45,9	15,3	38,8	1,6	2,8	3,5	6,5		
75-79	66,6	29,9	20,6	48,3	2,5	5,4	5,8	11,3		
80-84	54	16,8	27,7	50,8	5,0	8,5	8,5	18,6		
85 et +	34,8	5,6	32,1	41,4	9,6	12,6	19	34,9		

Si le souhait de la majorité des personnes âgées est de pouvoir rester à domicile, il semble évident que les femmes seront beaucoup moins nombreuses à pouvoir réaliser ce souhait que les hommes. Entre 75 et 79 ans, près de 17 % des femmes et seulement 8,3 % des hommes se trouvent déjà dans un autre ménage (de la famille) ou en institution. ce qui annonce les difficultés à venir.

Au cours de cette tranche d'âge, 48,3 % des femmes et seulement 20,6 % des hommes vivent isolés : ces disparités annoncent celles qui se profileront lorsqu'il faudra organiser l'aide à domicile.

Des données précieuses sont établies par les enquêtes santé en Belgique de l'ISSP mais dans sa réponse au questionnaire et les réponses annuelles futures le gouvernement ne semble pas en tenir compte.

Or, en 2004³, parmi les personnes âgées de plus de 65 ans, 27,7 % des femmes et seulement 18,8 % des hommes déclaraient souffrir de limitations physiques sévères. A partir de 85 ans, les femmes sont quasi 60 % à en souffrir.

Parmi celles qui souffrent de limitations physiques nécessitant de l'aide, les différences entre hommes et femmes sont sensibles : 13,4 % des femmes et 14,6 % des hommes ne reçoivent aucune aide ; 22,2 % des femmes et 15,6 % des hommes reçoivent un mélange d'aide formelle⁴ et d'aide informelle⁵; 39,4 % des femmes et 18,8 % des hommes reçoivent seulement une aide formelle ; 25 % des femmes et 51 % des hommes reçoivent seulement de l'aide informelle.

Ces différences traduisent bien la réalité du cadre de vie des femmes âgées. Elles reçoivent moins d'aide informelle que les hommes et elles sont près de 40 % à ne pouvoir compter que sur une aide formelle au financement de laquelle elles doivent contribuer.

³ Nous nous référons ici aux résultats de l'enquête 2004 qui sont postérieurs à la réponse du gouvernement au «Questionnaire» mais des données similaires étaient déjà disponibles dans les enquêtes précédentes.

⁴ Par des prestataires professionnels

⁵ par la famille, les amis ou d'autres bénévoles.

III. ACCES AUX SOINS DE SANTE

La réponse du gouvernement au «Questionnaire» semble se satisfaire d'une garantie d'accès qui repose sur l'absence de discrimination en fonction l'âge.

Or les principales discriminations qui subsistent malgré un système d'assurance soins de santé de haut niveau social concerne d'une part l'accès à l'assurance soins de santé et d'autre part le rapport entre les dépenses qui restent à charge des patients et le niveau de leurs revenus.

En ce qui concerne le premier point, la principale discrimination provient du fait que les titulaires (masculins le plus souvent) qui ont une épouse ou cohabitante à charge⁶ ouvrent gratuitement l'accès à l'assurance soins de santé pour celle-ci, alors que les isolés et les ménages de deux titulaires doivent s'assurer personnellement⁷ en payant des cotisations proportionnelles à leurs revenus (franchise en dessous du RIS ou revenu équivalent).

En ce qui concerne le rapport entre les revenus disponibles et les dépenses de soins à effectuer, nous trouvons naturellement des disparités entre hommes et femmes.

Malgré l'instauration de mesures visant à contenir les dépenses de santé restant à charge des patients, il reste que, le principe du ticket modérateur étant forfaitaire et les médicaments de comptoir n'étant pas remboursables, ces dépenses pèsent plus lourdement sur les bas revenus, principalement ceux des femmes.

En 2004 (voir note 3), parmi les personnes âgées de plus de 65 ans, 7,2 % des femmes et seulement 4,9 % des hommes ont dû retarder le recours aux soins.

Le Conseil de l'égalité des chances entre les hommes et les femmes s'étonne que le gouvernement n'ait pas songé (p.8) à fournir une ventilation sexuée des statistiques présentant l'évolution (1995-2001) du droit à l'intervention majorée.

En outre, les femmes souffrent de morbidités plus nombreuses que les hommes, il est donc certain que les dépenses de santé pèsent plus lourdement sur leur budget et cela au détriment des dépenses à effectuer pour la vie sociale, les loisirs et les activités de participation.

Dans son avis n° 91 du 21 décembre 2004, le Conseil de l'Egalité des Chances entre Hommes et Femmes a déjà souligné que des diminutions de remboursement étaient appliquées à des médicaments qui étaient fréquemment utilisés par des femmes et qui correspondaient à des pathologies dont elles souffraient plus fréquemment que les hommes.

On ne voit dans la réponse du gouvernement au «Questionnaire» aucune orientation politique concrète qui rencontrerait ces problématiques. Et aucune réflexion particulière n'aborde la question de la baisse du niveau de vie des pensionnés en général et des femmes pensionnées en particulier. Les deux derniers paragraphes du point 1.1.3. (p.11) se présentent comme des «vœux pieux».

⁶ Voir plus haut l'importante différence entre hommes et femmes vivant en couple à 65 ans et plus.

⁷ Les couples de retraités paient *deux fois* 3,55 % de cotisations sur leurs pensions respectives alors que les titulaires avec une pension au taux ménage ne cotisent qu'une fois.

IV. L'ETAT DE SANTE DES PERSONNES AGEES

Bien que le «Questionnaire» adressé aux Etats Membres se consacre principalement aux soins de santé, il est difficile de comprendre qu'il ne soit pratiquement pas fait mention de l'état de santé de la population visée et du rapport éventuel entre une prévention réelle de certaines pathologies et de l'impact d'une telle prévention sur les dépenses de santé ultérieures.

Le Conseil de l'égalité des chances entre les hommes et les femmes rappelle que dans son avis n° 91 du 21 décembre 2004 il a déjà insisté par exemple sur le fait que la prévention de l'ostéoporose consistait à inciter les jeunes femmes à se constituer une solide masse osseuse *avant trente ans* ce qui éviterait ultérieurement des THS coûteux, pas toujours efficaces et parfois risqués ainsi que le coût d'un certain nombre de fractures de la hanche.

Le Conseil tient donc à rappeler quelques différences sensibles entre le taux de prévalence de certaines pathologies respectivement chez les femmes et chez les hommes. Les taux de prévalence les plus importants nécessitent également une approche préventive (notamment en recherche) plus importante.

Les pathologies invalidantes, particulièrement fréquentes chez les femmes, provoquent des pertes d'autonomie à la fois affligeantes et coûteuses.

Les dix pathologies les plus fréquentes chez les femmes âgées de plus de 65 ans en comparaison avec les hommes⁸ :

Pathologies les plus fréquentes	Taux de prévalence	
	Femmes	Hommes
Arthrose	39,9	23,5
Hypertension	36,4	30,7
Arthrite	22,3	11,8
Affection persistante dos	20,4	13,7
Ostéoporose	19,2	2,5
Allergie	13,9	8,6
Cataracte	12,2	6,2
Affection cardiaque grave ou infarctus	11,7	19,5
Troubles de la thyroïde	10,9	3,3
Diabète	10,5	10,7

Les dix pathologies les plus fréquentes chez les hommes âgées de plus de 65 ans en comparaison avec les femmes :

Pathologies les plus fréquentes	Taux de prévalence	
	Hommes	Femmes
Hypertension	30,7	36,4
Arthrose	23,5	39,9
Affection cardiaque grave ou infarctus	19,5	11,7
Troubles prostatiques	16,7	-
Affection persistante du dos	13,7	20,4
Bronchite chronique	13,3	9,6
Arthrite	11,8	22,3
Diabète	10,7	10,5

⁸ Source : Enquête santé en Belgique, 2004, voir note 3.

Allergie	8,6	13,9
Asthme	6,5	6,2

V. CONCLUSIONS

Le Conseil de l'égalité des chances entre les hommes et les femmes insiste une nouvelle fois sur l'engagement pris par le gouvernement d'appréhender toutes les mesures politiques en termes de genre.

Cet engagement suppose de fonder les réponses et les propositions sur des statistiques et des analyses qui intègrent les différences de genre.

Une telle orientation serait particulièrement pertinente à propos du troisième âge.

Le Conseil invite donc les membres belges du Comité de la Protection sociale à obtenir une réorientation du «Questionnaire» et de son suivi dans ce sens.