



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

**AVIS N° 51 DU BUREAU DU CONSEIL DE L'EGALITE DES CHANCES ENTRE HOMMES
ET FEMMES DU 15 MARS 2002 SUR L'ENQUETE SANTE, BELGIQUE 2001
(Entériné par le Conseil le 13 septembre 2002)**

AVIS N° 51 DU BUREAU DU CONSEIL DE L'EGALITE DES CHANCES ENTRE HOMMES ET FEMMES DU 15 MARS 2002 SUR L'ENQUETE SANTE, BELGIQUE 2001 (Entériné par le Conseil le 13 septembre 2002)

Introduction

Dans le cadre de la politique horizontale de l'égalité des chances, et en préparation de l'enquête santé 2005, Madame Magda Aelvoet, Ministre de la Protection de la Consommation, de la Santé publique et de l'Environnement a demandé à la Commission «Genre et Santé» du Conseil de l'Egalité des Chances de faire un «gender screening» (une analyse critique en termes de «genre») de l'enquête santé/Belgique 2001. Elle a également demandé un avis au Centrum voor Bevolkings- en Gezinsstudies. Elle attend les résultats de ces analyses au mois de mars 2002.

Il convient de se rappeler que, de son côté, l'Institut Scientifique de Santé Publique avait déjà organisé, le 23 novembre 2000, une journée de présentation et de débats critiques au sujet de l'enquête de santé de 1997. A cette journée aucune intervention ne concernait la problématique spécifique des femmes ou du point de vue du genre et donc, a fortiori, les critiques à faire à cette première enquête.

La Commission «Genre et santé» sait que pour pouvoir suivre des évolutions, il est nécessaire de garder un certain tronc commun de questions qui se répètent tous les quatre ans, par contre, elle souhaite que l'examen qu'elle propose ici permette, de l'une ou de l'autre manière, de corriger sérieusement l'orientation de ces enquêtes.

La philosophie générale de l'enquête

La philosophie générale de l'enquête est exagérément marquée par une vision «comportementaliste» de la santé.

Cette vision suscite une approche individualiste de la responsabilité de l'état de santé. Chaque individu serait responsable de son état de santé parce qu'il ne cherche pas à connaître les incidences de ses comportements sur sa santé et qu'il adopte des comportements qui présentent des risques pour celle-ci.

Dans cette perspective, dans le domaine de la politique de santé, le rôle des pouvoirs publics a tendance à se focaliser d'une part, sur des campagnes d'information ainsi sur le soutien à toutes les initiatives en matière d'éducation à la santé et à se concentrer d'autre part, sur l'accès (économique, social et géographique) aux soins de santé, c'est à dire sur le droit pour une personne malade de recevoir les soins nécessaires.

Ce qui est estompé dans une telle perspective, c'est le droit primaire à la santé, c'est à dire le droit de ne pas être malade ou plus exactement le droit d'être le plus possible en «bonne santé» et par le fait même, la définition des politiques publiques à mettre en oeuvre pour réaliser ce droit.

Certes, cette évolution vers une vision comportementaliste de la santé n'est pas propre à la Belgique. Les grands documents fondateurs de l'OMS ont suivi un parcours analogue. Le préambule de la Constitution de l'OMS (1946) avait très justement mis en avant les déterminants socio-économiques de la santé primaire mais cette déclaration a vite été considérée comme trop utopique. Or, il affirmait, en effet, que tout être humain a un droit fondamental à la «possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre [...] quelles que soient [...] sa condition économique et sociale». La référence aux déterminants socio-économiques de l'état de santé (antérieurs donc à la question de l'accès aux soins) est encore présente dans d'autres textes de l'OMS. Selon cette philosophie, les inégalités de santé apparaissent comme inacceptables. Elles sont en effet, la preuve que l'état de santé d'un individu n'est pas dû au hasard mais au contraire, le plus souvent, le résultat de déterminants socio-économiques. C'est pour cette raison que la réduction de ces inégalités de la santé primaire apparaît comme une base essentielle de l'action politique dans le domaine de la santé publique. On remarquera

d'emblée que la réflexion sur les déterminants socio-économiques des inégalités de l'état de santé ne s'est guère attachée à la question des inégalités entre hommes et femmes.

Cependant, dans les textes fondateurs de l'OMS, on a bientôt vu apparaître, un double glissement. Le premier va du droit à la santé primaire vers le droit aux soins de santé¹ primaires. Le second va des déterminants socio-économiques de la santé vers les déterminants comportementaux de la santé.

Ainsi dans la Déclaration d'Alma-Ata (1978) sur les Soins de Santé primaires, figure toujours le thème de l'obligation pour les Etats de lutter contre les inégalités socio-économiques marquant les inégalités de santé mais par contre, l'obligation de rencontrer le droit primaire à la santé est pratiquement réduit à l'obligation d'organiser les soins de santé primaires.

La Charte d'Ottawa sur la Promotion de la Santé (1986) reprend certes les préalables nécessaires si non suffisants pour promouvoir la santé et affirme que la promotion de la santé suppose la réduction des inégalités en matière de santé mais des passages importants sont consacrés à l'action nécessaire pour accroître la responsabilité individuelle en matière de santé et la maîtrise personnelle, aussi bien pour les femmes que pour les hommes, sur ce qui, dans la vie, conduit à une bonne santé.

Ces considérations ne sont pas purement théoriques, elles permettent, au contraire, de fonder nos premières critiques en termes de genre sur les enquêtes de santé qui représentent l'infrastructure nécessaire à la définition d'une politique de santé publique.

Nous rappelons que la réduction des inégalités de la santé primaire est un des fondements d'une politique de santé publique puisque l'existence de ces inégalités socialement construites prouve que l'état de santé de tel ensemble de personnes n'est par le produit du hasard (ou de la chance). Un droit égal à la santé suppose donc la réduction de ces inégalités socialement construites. Ainsi, dans les conclusions qu'il a tirées de la journée d'étude citée plus haut, Robert Maldague, Commissaire honoraire au Plan, s'est étonné que les inégalités de santé régulièrement constatées entre la Flandre d'une part et la Wallonie/Bruxelles de l'autre ne fassent l'objet d'aucune tentative d'explication et encore moins de propositions en matière de santé publique.

Bien que personne ne l'ait soulevé à cette occasion, les mêmes constatations s'imposent évidemment en ce qui concerne les inégalités de santé régulièrement constatées entre les hommes et les femmes. Puisqu'il n'y a aucune tentative d'explication et encore moins d'hypothèses d'actions à mener en vue de corriger ces inégalités, le questionnement sur la santé des femmes reste en porte à faux. Autrement dit, les enquêtes (1997 et 2001) sur la santé en Belgique ne fournissent que très peu d'éléments permettant aux pouvoirs publics de mener une politique de santé visant à réduire les inégalités entre hommes et femmes.

Une deuxième critique concerne « ce que nous avons appelé la prédominance de l'approche comportementale de la santé ». Les auteurs de l'enquête santé 1997 ont clairement annoncé leur engagement dans cette orientation : « Tout le monde sait qu'à côté des progrès de la médecine, c'est l'amélioration de l'hygiène de vie qui a permis d'augmenter considérablement l'espérance de vie et de vie en bonne santé. Si les habitudes et les modes de vie sont des déterminants à part entière de la santé, il n'est pas toujours aisé de les mesurer.[....] Cette première partie présentera quatre aspects du mode de vie qui nous semblent avoir le plus d'influence sur la santé : l'activité physique, le régime alimentaire, la consommation d'alcool et le tabagisme. Nous avons ajouté un bref chapitre relatif à l'utilisation de méthodes de planning familial»².

¹ H. Peemans-Poullet, "La Santé est-elle assumée politiquement comme une fonction collective?" dans 10^{ème} Congrès des Economistes belge de langue française, Commission 5, Histoire et réalités des fonctions collectives, p. 27-51, Charleroi, 1992.

² Enquête de Santé 1997. La santé en Belgique, ses communautés et ses régions, Institut Scientifique de la Santé publique, Bruxelles, 2000, p. 25.

Or les résultats de l'enquête font clairement apparaître que les femmes ont, sauf peut-être en ce qui concerne l'exercice physique³, une beaucoup meilleure hygiène de vie que les hommes. Leurs habitudes et modes de vie sont meilleurs, autrement dit leur comportement vis-à-vis de leur santé est plus responsable. Elles fument moins, boivent moins, se nourrissent plus sainement, etc...et malgré cela, elles souffrent d'une moins bonne santé (subjective et objective)

Ainsi le présupposé des auteurs de l'enquête qui établissent une corrélation entre des comportements sains et une santé meilleure s'avère faux puisqu'en termes de moyennes, il est faux ou même inversé, pour la majorité de la population, c'est à dire pour les femmes. Selon nous, un tel désaveu de l'hypothèse qui sous-tend toute la première partie de l'enquête mérite une révision fondamentale. Si l'ensemble des femmes avait été le premier champ d'observation de l'état de santé et avait permis de forger les premières hypothèses et corrélations, la construction de l'enquête santé n'aurait évidemment pas été basée sur la construction théorique que nous critiquons. Les auteurs sont victimes d'un «biais scientifique» bien connu et souvent critiqué : ils s'appuient sur une théorie qu'ils croient universelle alors qu'elle n'est que générale/masculine.

Ci-dessous nous présentons les commentaires critiques question par question. Dans les conclusions nous aborderons encore quelques exigences par rapport à la publication des résultats.

Analyse : Questions sur l'enquête de santé 2001

1. Constatations générales et remarques

Le 'genre' est une des dimensions prise en compte dans le cadre de l'enquête de santé. Ce questionnaire faisant partie d'un processus plus détaillé, il faut le considérer comme une opportunité, non seulement, pour revoir les questions spécifiques sur le genre, les femmes et les hommes, mais aussi, pour rendre la méthodologie générale sensible au genre.

En ce qui concerne le genre, il est prioritaire de définir les objectifs, de délimiter l'importance de l'étude et d'avoir une vue des utilisateurs. Les valeurs, les attitudes et les comportements sont très liés au genre. De plus, la relation entre ces trois dimensions pose problème. Par exemple, on peut être facilement convaincu de quelque chose, se sentir en même temps autrement et encore se comporter d'une autre manière. Le genre n'est pas seulement une dimension fondamentale de l'autoperception des individus mais est aussi un critère permettant de structurer et de comprendre la société.

Dans la première partie nous formulons un certain nombre de suggestions sur le concept, la méthodologie, etc. Dans la seconde, nous parcourons le questionnaire dans son entièreté en vue de le rendre sensible au genre.

³ Mais il y a pas mal de critiques à faire sur ce passage.

	Constatations	Remarques
Concept	L'introduction nous informe sur le contenu de l'enquête, ses objectifs et ses parties.	Un cadre théorique/normatif fait défaut, il n'y a donc pas de concept. Sur la base des résultats de l'échantillon, on constate un intérêt pour l'(in)égalité dans les soins de santé et l'(in)égalité d'accès aux services de santé. On pourrait présupposer un certain nombre de valeurs de base telles que : l'égalité, la solidarité, la liberté, la démocratie, l'autonomie/indépendance, la diversité, la responsabilité, la stabilité, l'efficacité, l'émancipation, la justice sociale,...
Instrument	Echantillon ; analyse axée sur la politique	
Elément d'un ensemble	Partie d'un système complet d'informations sur la santé : complète d'autres sources d'informations importantes, notamment les données sur les naissances et les décès, registres de morbidité (par exemple, registre cancérologique), données des services de santé (par exemple, données cliniques minimales).	
Objectifs	- Identification des problèmes de santé - Description de l'état de santé et des besoins en matière de santé de la population - Evaluation de la prévalence et distribution des indicateurs de santé⁴ - Analyse de l'(in)égalité sociale au niveau de la santé et accès aux services de santé - Etude de la consommation des soins de santé et les déterminants - Etude des tendances possibles de l'état de santé de la population	

⁴ Le vécu subjectif de la santé est un instrument fondamental et un indicateur pour la mortalité, la morbidité, le niveau de fonctionnement, l'invalidité et la consommation des soins de santé (cf. Résultats pour la Belgique, 1997). Un deuxième indicateur est l'évolution de la santé. En ce qui concerne les maladies chroniques, les indicateurs suivants sont applicables : la prévalence de cas d'affections non reprises dans la liste, de cas d'une affection et de cas de deux affections ou plus et la répartition du nombre d'affections; l'ordre dans la prévalence des différentes affections; le % de personnes interrogées ayant une affection qui est traitée ou contrôlée par un médecin ou spécialiste et la consommation de médicaments par ces personnes. En ce qui concerne l'état de santé (incapacités), les indicateurs suivants sont applicables : score SF-36 pour le fonctionnement physique (+ 15 ans); handicap de mobilité (+ 15 ans); déclaration d'incapacité spécifique (+ 15 ans); être atteint de maladie de longue durée, d'affections ou d'un handicap (ensemble de la population); agrément officiel de l'invalidité ou du handicap (ensemble de la population).

Méthodologie technique	- Aperçu du contenu du questionnaire - Description du déroulement de l'échantillon - Description du travail de terrain - Description du recueil de données - Contrôle des données : concerne uniquement la représentativité - Mention du taux de participation - Mention de la qualité des données : uniquement en ce qui concerne l'effet des données manquantes sur l'analyse des résultats d'enquête	
Méthodologie contenu	- Plaintes et symptômes - Etat de santé : présence de maladies de longue durée, incapacités corporelles, handicaps, santé psychique - Utilisation des services de soins de santé - Mode de vie et attitude - Caractéristiques personnelles (socio-économique)	
Dimensions : - conceptuelles - empiriques - normatives	/ abordé de façon circonstanciée: l'acteur est l'individu (indépendamment du mode de vie) n'est pas abordé explicitement sauf la mention que, sur la base des résultats de l'enquête, une attention sera accordée à l'(in)égalité (sociale) dans les soins de santé, à l'(in)égalité d'accès aux services de soins de santé, à l'évaluation/amélioration de l'instrument ; pas mis sur pied sur la base de certaines valeurs. Il y a implicitement une condamnation du comportement malsain, par exemple l'alcoolisme, tabagisme, drogues.	- en ce qui concerne l'(in)égalité dans les soins de santé et l'(in)égalité d'accès aux services de soins de santé, il convient d'examiner le traitement (différent) entre les hommes et les femmes.

Approches scientifiques	- médecine : indicateurs de santé, comportement de prévention, utilisation de services médicaux - sociologie : mesures socio-économiques - psychologie : mesures psychosociales, vécu subjectif de la santé, utilisation de moyens psychotropes	Il faut mentionner dans l'exposé quelles disciplines scientifiques sont utilisées dans l'enquête. Il faut également examiner si une approche à partir d'autres disciplines peut être sensée. L'approche est surtout multidisciplinaire, elle est interdisciplinaire dans une moindre mesure. Sur la base des études, il convient de s'attacher au sexe, mais la dimension du genre fait défaut. Les disciplines afférentes aux acteurs peuvent également jouer un rôle lorsqu'il s'agit en premier lieu d'études portant sur le genre.
Variables	- place dans le ménage (partenaire, parent, enfant, autre lien de parenté, aucun lien) : en relation avec la personne de référence ; l'accent est mis sur le ménage dans son ensemble - nationalité - domicile - sexe : pour les différents éléments de la situation du vécu de l'individu - l'âge - le niveau d'enseignement - l'emploi - le revenu	l'accent est mis sur l'âge et le sexe. On s'intéresse moins au niveau d'enseignement, à la nationalité, à la forme du ménage, au nombre d'enfants, au revenu. Que manque-t-il ? Forme de la relation : marié ou cohabitant ; divorcé ; veuve/veuf ; orientation sexuelle ; type de contrat de travail, niveau de la fonction, ambiance de travail (par exemple, bureau séparé, paysager, ...). Il serait également intéressant de lier la santé à la perspective de vie (analyse du contexte, étude panel). En ce qui concerne la nationalité/l'ethnicité, on peut poser les questions suivantes : - quelle était votre première nationalité ? - Possédez-vous une double nationalité, dans l'affirmative, laquelle ? - quelle était la première nationalité de vos parents ou grands-parents ?
Echantillons sondage	- 4.664 ménages - 10.221 individus (incluant les ménages) - sélection basée sur le registre national - échantillon représentatif et proportionnel - périodique - interviews à domicile répartis sur 12 mois - 200 enquêteurs/euses Caractéristiques spécifiques : - mesure de la santé observable de la population - recueil horizontal des données :	Enquêteurs/euses : Etant donné la sensibilité d'un certain nombre de sujets, on, pourrait envisager d'interviewer les répondants masculins par des enquêteurs et les répondants féminins par des enquêteuses. La présence d'autres personnes lors de l'interview peut nuire à la qualité des données. Des relations de pouvoir inégales au sein du ménage peuvent entraîner une imprécision des informations recueillies. Les enquêteurs/euses doivent recevoir des instructions à ce sujet.

	examiner chez une personne la cohérence à différents niveaux, par exemple présence d'affections spécifiques et utilisation d'équipements de soins de santé - mesures répétées dans le temps avec utilisation d'instruments standards.	
Unité de sondage	Ménages⁵ - les membres et leur relation avec la personne de référence⁶ - se base sur l'image traditionnelle du ménage (homme, femme et enfant(s)) Autres caractéristiques : - analyse statistique des sous-groupes - les données sont en grande partie croisées (rétrospectives et sur le présent) - on n'a pas demandé beaucoup de données au niveau de vie du ménage, sauf pour ce qui est des dépenses concernant les soins de santé.	On part du principe que le ménage est un groupe homogène, alors qu'il est composé de différents individus. L'enquête utilise le terme "personne de référence" : l'utilisation de cette notion fait référence à l'ancien terme "chef de famille" parce que l'on se base explicitement sur le fait qu'au sein d'un ménage avec deux partenaires adultes, un seul entretient des contacts avec l'autorité (cf. enquête INS socio-économique) ou prend la parole pour l'ensemble du ménage. Par le passé, la Belgique a déjà été condamnée pour l'utilisation de la notion discriminatoire : "chef de famille". Si l'on prend une seule personne de référence pour le questionnaire, on suppose que toutes les personnes sont en harmonie. On ne tient aucunement compte des différents âges,... Nous proposons de remplacer le terme "personne de référence" par "individu".
Dimension et niveaux d'agrégation ménage ⁷	(Dim.) nombre de membres du ménage : jusqu'à 12 (Agg.) selon INS : hommes isolés, femmes isolées, 2 personnes, 3 personnes, 4 personnes, 5 personnes, 6 personnes, 7 personnes, 8 personnes et plus, total des ménages privés; ➤ Dans l'enquête sur la santé : personne de référence, partenaire, parent, enfant, autre lien de parenté, pas de lien, ne sait pas. (Dim.) nationalité : actuelle de chaque membre du ménage de la personne de référence	- nationalité : cf. variables

⁵ définition ménage INS/registre national/FRED II : un ménage se compose soit d'une personne qui habite habituellement seule, soit de deux ou de plusieurs personnes, liées ou non par des liens de parenté occupant habituellement la même habitation et y cohabitant. Cette définition s'applique tant aux données du registre national qu'aux données de l'enquête INS socio-économique.

⁶ Définition personne de référence INS/registre national/FRED II : dans chaque ménage particulier, il faut désigner une personne de référence pour pouvoir ainsi déterminer la place de chaque membre du ménage. En principe, la personne de référence est celle qui s'occupe des intérêts du ménage ou qui pourvoit pour la plus grande partie à l'entretien du ménage. En réalité la personne de référence est celle qui s'occupe des affaires administratives.

⁷ Selon INS/registre national

	(Agg.) toutes les nationalités, étrangers: pays d'origine de chaque membre du ménage de la personne de référence (Dim.) espace (Agg.) royaume, régions, provinces, arrondissements, communes : pas d'adresse	
Unité d'analyse	en grande partie l'individu - sondage aléatoire de plus de 1000 cas, représentatif de la population belge; plus de 1000 variables ont été examinés - sélection des individus : critères géographiques (Belgique: régions flamande, wallonne et bruxelloise, échantillon représentatif de la communauté germanophone)	mais : cooptation de la personne de référence
Questions (techniques)	alternance de questions ouvertes avec désignation exacte, de questions fermées oui/non, de questions fermées avec une gradation de 0 à 5 (de tout à fait d'accord à pas du tout d'accord) avec la catégorie résiduelle "ne sait pas"; la plupart des questions sont une combinaison des deux premières ; énumération de choses et il faut compléter si elles s'appliquent ou non - un certain nombre de questions sondent le passé	
Domaines	Etat de santé : - santé observable - conditions chroniques - incapacités de longue durée - affections - santé mentale Caractéristiques du mode de vie : - tabagisme - consommation d'alcool - activités physiques - vaccination - surcharge et sous-charge pondérales Consommation médicale : - contacts avec le médecin généraliste - contacts avec médecins spécialistes - contacts avec dentiste - hospitalisation - consommation de médicaments	- contraception : distincte, ne fait pas partie du style de vie - ajouter : partie sur travail et soins
thèmes mentionnés	Reproduction, soins	Par exemple, il n'y a rien sur l'image de soi, empowerment, limites sociales, les droits des patients, la violence/l'agression, la famille et le travail, la qualité du travail, les rapports de force, l'éducation, la sexualité, le

		stress, la satisfaction de la situation de vie, l'évaluation de l'environnement, la violence physique/psychique/sexuelle, la violence intrafamiliale, l'inceste, le comportement extérieur d'autres membres de la famille (par exemple, aller au café), ...
Capitaux individus	- Humains : condition physique et santé : maladie, affections chroniques, handicaps physiques, besoins et attitudes, relation avec le partenaire, connaissance des maladies et de la santé. - Sociaux : relation très limitée avec d'autres individus - Matériels : dans une moindre mesure, les ressources financières (revenu mensuel, allocations familiales, pensions, allocations de chômage, indemnité maladie); situation du domicile.	Rien sur les dépenses de l'individu (indirectement toutefois sous la forme de consommation d'aliments, de tabac, d'alcool, de médicaments). La plus grande attention va au capital humain. Le capital humain s'intéresse aux attitudes, aux compétences physiques et autres besoins, valeurs. Ce qui manque, par exemple, ce sont les émotions et le vécu esthétique. En ce qui concerne les activités, on met l'accent sur les soins, suivis du travail professionnel et des loisirs. On n'aborde pas le travail domestique et le travail social (le bénévolat). Le capital social se limite aux relations avec d'autres individus. On peut également questionner sur des relations avec d'autres ménages, avec des organisations, des associations, des autorités, ... Le capital matériel sonde les ressources financières et l'habitation. On ne s'intéresse pas aux biens de consommation, à la mobilité, au voisinage, ... Les ressources financières comprennent le revenu mensuel et les allocations de sécurité sociale. il manque par exemple le pécule de vacances, les avantages extralégaux, la prime de fin d'année, le 13^{ème} mois, l'assistance sociale, les interventions fiscales, les revenus provenant de biens immobiliers et mobiliers, les dons, ... Le capital environnemental fait défaut.
Capitaux ménages	Cf. capitaux individus	Situation de vie : on s'intéresse surtout aux ressources financières et ensuite au capital matériel et aux dépenses. On n'aborde pas les activités, le capital humain et le capital social. Capital matériel : l'accent est mis sur les ressources financières et l'habitation, on ne parle pas des biens de consommation, des terrains, du voisinage, de la mobilité. Le revenu mensuel, les allocations de sécurité sociale et le minimum vital font partie

		des ressources financières. En ce qui concerne le revenu familial, on part du principe qu'il est également réparti entre tous les membres de la famille, ce qui n'est certainement pas le cas. En ce qui concerne les dépenses, on ne tient compte que de la santé et des soins (on ne parle pas des soins prodigués à des membres de la famille, des soins que l'on reçoit, de l'alimentation et des boissons, de l'habitation et de l'énergie, des produits de luxe, de la communication). Dimension H/F : seules les ressources financières sont abordées. On ne s'intéresse pas aux rapports de force : à savoir, la position de négociation au sein du ménage, les décisions et les conventions, la répartition des tâches, ... On ne mentionne pas la thérapie de couple.
Elément essentiel des activités	- soins personnels - aspect du comportement : consommation, consommation des soins de santé, prévention - mesuré quantitativement : aussi souvent, combien de temps,... - dans une certaine mesure l'activité professionnelle et le temps libre	
Dimension du rapport H/F	abordé dans le capital humain, les activités, dans une moindre mesure dans le capital social et les ressources financières	Cette dimension ne se manifeste pas dans le capital matériel et dans les dépenses. L'(in)égalité sociale h/f n'est pas rendue problématique.

II. Analyse du texte

Feuille de ménage

Question	Remarques
Composition du ménage	
HC.05	nationalité "actuelle" : ajouter "première" nationalité; quelle était la nationalité première de votre/vos parent(s) (éventuellement ceux de votre partenaire)
Revenus: Ajouter dans les allocations sociales : le crédit-temps, les congés thématiques, les avantages extralégaux, crédit-soin... Ajouter : revenus fiscaux, par exemple épargnes pension,... Ajouter : dons, aides financières des parents ou d'autres membres de la famille On part du principe que les dépenses se font collectivement. En ce qui concerne le budget, on présuppose que les revenus sont partagés équitablement entre les partenaires dans le cas où il y a deux partenaires. Ajouter : de quel revenu disposez-vous séparément	
IN.01	ventiler : revenus par personne
IN.02	ventiler par personne
IN.04, 05	ventiler par personne (la perception peut être différente)
<u>Dépenses pour les soins de santé</u> Certaines dépenses sont forfaitaires(ex. ticket modérateur), pas les revenus : examiner le rapport entre les dépenses et les revenus par personne. Quelles sont les dépenses pour tous les frais non remboursés?	
AC. 01, 02, 03, 04, 05, 06	Combien pour chaque membre de la famille? 06 : compléter la liste : prothèses, béquilles, chaise roulante, appareil auditif, lunette/lentilles ...
AC. 07, 08, 09, 10, 11, 12	Ventiler par personne (pour chaque personne)
Logement : Qu'en est-il pour les enfants de parents divorcés? Ajouter : volet sur les dépenses : par exemple, travaux d'entretien de l'habitation,...	
LO.01	changer habitation par lieu de résidence principal
LO.03	demande également quel(le) partenaire est propriétaire ou locataire, ou si ce sont les partenaires en commun
LO.04	Qui effectue les paiements mensuels?
Santé et environnement : Ajouter : Etes-vous (par membre de la famille) affecté ou ennuyé par des problèmes concernant : les canalisations, l'électricité, le gaz, les égouts, ..., l'aspect esthétique, les conditions météorologiques Ajouter : qu'est-ce qui vous plaît dans votre environnement? Bois, parc, plaine de jeux, pièce d'eau...	
Ajouter : santé et travail : risques liés à l'organisation et à l'intensification du travail (rémunéré et/ou non-rémunéré), risques ergonomiques, troubles ostéo-musculaires, risques psychosociaux, risques liés aux produits chimiques, risques liés aux éléments physiques (radiations, bruit, ...), risques concernant la procréation (santé des femmes enceintes), violence au travail, la valorisation du travail (rémunéré ou non), sentiments de discrimination, maîtrise de son travail, travail informel	
<u>Ajouter : Santé et relation familiale</u>	

Auto-questionnaire

Questions	Remarques
perception de la santé : /	
Plaintes : On ne peut déduire la façon dont H/F et les enfants ressentent les plaintes. On ne peut déduire si ces plaintes ont des causes purement physiques, si elles sont dues à l'environnement du travail, l'environnement du domicile, à la relation avec la famille ou avec des amis, au travail social, ... C'est difficile d'en déduire si tous/quelques membres de la famille ont les mêmes plaintes, par ex. la même allergie, le même handicap...	
SL.01	03. Ajouter : douleurs dans les seins (glandes chez les femmes) 019. ajouter appétit exagéré Ajouter : être sujet au syndrome prémenstruel, avoir mal au ventre, irritation/agressivité, vulnérabilité, stress (sensation soit positive soit négative), mal être, burn-out, sentiment d'insécurité, sentiment d'une position familiale difficile (pas de pouvoir de décision), ...
Ajouter : enjouement, pensée optimiste, idée joyeuse, fantaisie, sentiment de liberté/d'invulnérabilité,.. Stress : ajouter subdivision ⁸ : - on attend trop de moi - je n'arrive jamais à être à jour - je n'ai jamais de temps pour moi - il n'y a pas assez d'heures dans une journée pour moi - je dois souvent décommander des rendez-vous - je dois faire plus que ce que je veux faire - je n'ai pas le temps de faire les choses que je dois faire - on attend plus de moi que ce que je peux faire - souvent je ne fais pas pendant mes loisirs des choses que je voudrais faire - je dois trop souvent tenir compte des autres pendant mes loisirs - je me détends difficilement pendant mes loisirs - lorsque je suis libre, trop d'équipements de loisir sont fermés - je planifie difficilement mes activités de loisir - je voudrais faire tant de choses pendant mes loisirs que j'ai souvent le sentiment de manquer de temps - un grand nombre de mes activités de loisir sont morcelées ➤ échelle répartie en quatre groupes : de peu à extrêmement	
<u>Vie sociale</u>	
Ajouter : avez-vous peu ou pas de contacts sociaux et vous en sentez-vous bien ou mal?	
SO.01	Avec qui?
SO.02, 03, 04, 05	à subdiviser par catégories
SO.06	Ajouter : associations de bien-être, associations socioculturelles, groupes d'entraide, organisations féminines
SO.08	Subdiviser : amis, quels proches, collègues, ...
SO.09	A chaque fois spécifier "quelqu'un" dans les questions partielles : H/F, partenaire, ami, membre de la famille,...
Consommation de tabac :	
Quel est le but lors du traitement des résultats? Veut-on sonder l'état de santé H/F ou veut-on sonder l'état de santé neutre d'un point de vue du genre des fumeurs et des non-fumeurs : ceci ne peut être mesuré que si tous les autres facteurs de santé sont égaux.	
TA. 08	Ajouter : de sa propre initiative, sur les conseils d'un médecin, avec ou sans

⁸ Cf. Tijdsbudget-onderzoek TOR/VUB

	accompagnement médical? Eventuellement avec quels moyens?
Consommation d'autres produits : utilisation de drogues dures	
Nutrition : seulement en ce qui concerne les problèmes de poids; presque exclusivement l'amaigrissement	
NU.03	Ajouter : partenaire, enfants
Consommation de boissons alcoolisées	
AL.01	ajouter : champagne
AL. 03	ajouter : la limite de 0,5 pour mille ou un Bob a-t-il une influence sur la consommation d'alcool?
Accidents : Liés à la conduite d'un véhicule, au port de la ceinture et à la consommation d'alcool. Cf. ci-après enquête face à face Ajouter : accidents domestiques (par exemple, liés aussi à la consommation d'alcool)	
ON.07-08	les questions sur la violence relèvent d'un chapitre distinct. Ajouter : questions sur la violence intrafamiliale; la violence sexuelle; la violence psychique, la violence, le harcèlement moral et le harcèlement sexuel au travail; agressivité dans la circulation, ...
Bien-être émotionnel :/	
Satisfaction des patients:	
PS.04	de sa propre initiative ou moyennant renvoi au médecin généraliste; pour qui?, enfants?
Prévention : /	
Santé et sexualité : Axé sur la limitation des naissances et les maladies sexuellement transmissibles Ajouter : problèmes sexuels (physiques ou psychologiques); satisfaction sexuelle et affective	
RH.01	et par mois/semaine? Ceci est sans doute à éliminer.
RH.03	Pilule du lendemain : distinct + ajouter ici avortement et pilule abortive
Dépistage du cancer : Seulement des questions sur le cancer du sein et le cancer (du col) de l'utérus. Ajouter : prostate.	
SC.16	ajouter aux raisons: examen de contrôle
Ajouter chapitre sur les soins personnels : par exemple, utilisation de produits cosmétiques, rendez-vous chez un(e) esthéticien(ne), rendez-vous chez le coiffeur, manicure, pédicure, chirurgie plastique (réparatrice et esthétique)	

Enquête de santé par interview

Questions	Remarques
Enquêteur/enquêtrice : mentionner également H/F tout comme pour le répondant (proxy); mentionner aussi H/F pour la personne concernée	
Informations sur la personne sélectionnée et le répondant :	
NR.03.1	Biffer : absent; les possibilités énumérées signifient aussi que la personne est absente. Ajouter : activités de soins ailleurs, bénévolat, consacre ses loisirs ailleurs
Maladie et affections chroniques	
MB.07	Accident domestique : affiner (à l'intérieur, à l'extérieur; pendant un travail ou le nettoyage,...) : pas en cas de maladie ou d'affections chroniques, mais bien en cas d'accidents
MA.01	Ajouter : problèmes scolaires : par exemple, dyslexie; anorexie; boulimie; HIV/SIDA; MST; problèmes de fécondité; hyperventilation; syndrome prémenstruel,...
Affections aiguës	
AD.01	Ajouter : refroidissement
Accidents	

ON.02	Adapter/compléter répartition : faire le lien avec entre autres les activités suivantes⁹ : activité professionnelle : - activité professionnelle rémunérée : pour les enfants, : enseignement ou éducation externe - heures supplémentaires et activités connexes - transport du et vers le travail travail ménager : - tâches ménagères : lesquelles? par exemple, cuisiner, repasser, nettoyer,... - courses et services guichet - travaux dans et autour de l'habitation (lesquels?) - soins et éducation des enfants - soins apportés à des membres de la famille ou à des tiers travail social - bénévolat - vie associative soins personnels - sommeil et repos - soins et hygiène - prendre des repas loisirs - détente à domicile - détente à l'extérieur - visite de famille - étude et formation personnelles
ON.03	Et d'autres animaux? par exemple, cheval
activité physique :	
explication	le soin de personne n'est pas visible comme activité physique
AP.01	Promenades, vélo ou autres activités non éreintantes : la promenade et le vélo peuvent être éreintantes en fonction de la personne. Ajouter : faire des courses = aussi se promener/marcher; conduire et aller chercher les enfants Les activités familiales comprennent également des activités physiques. Cf. aussi la subdivision Van Dongen
AP.02	Explication : votre travail à la maison, dans le jardin,... : le jardin fait partie de la maison
Explication AP.05	Porter des charges légères : donner des exemples, par exemple, porter des seaux, courses, porter les enfants au lit, ...
AP.08	Ajouter à se promener et marcher : courir
<u>Incapacité temporaire causée par des problèmes de santé physique</u>	
<u>Incapacité temporaire causée par des problèmes de santé mentale ou émotionnelle</u>	
Développée de façon limitée en comparaison des incapacités temporaires causées par des problèmes de santé physique	
<u>Incapacité physique de longue durée</u>	
IL	Ajouter : nettoyer (sans aide), cuisiner, ...
<u>Contacts avec un médecin généraliste</u>	
G P.03	seul dans son cabinet
GP 12	Médecin du travail remplacé par généraliste, ; kinésithérapeute
Remarque générale : la relation parents/enfants ou avec d'autres membres de la famille fait défaut : allez-vous chez le médecin généraliste pour vous-mêmes ou pour/avec un membre de la famille?	
<u>Contacts avec un médecin spécialiste</u>	
contacts téléphoniques avec secrétaire ou assistant(e)	
SP.11.1	un autre membre de la famille pour vous (lequel?)

⁹ liste CGBS, Walter van Dongen

<u>Contacts avec le service d'urgence d'un hôpital</u>	
ED.06	pour un autre membre de la famille (lequel?)
<u>Contacts avec le dentiste</u>	
Faire la distinction entre dentiste et orthodontiste (ici aussi entre enfants H/F et adultes)	
DE.10	pour enfant H/F ou pour vous-même
<u>Contacts avec d'autres services de santé</u>	
OH.01	Ajouter : orthopédaogogue, psychoanalyste,...
OH.04	Ajouter : Centre pour accompagnement des élèves; centres de revalidation Ajouter à groupes d'entraide : faire une distinction entre les groupes payant (ex.weight-watchers) et les groupes d'entraide gratuits
<u>Hospitalisation</u>	
HO.05	Au point « gynécologie » : supprimer « maladie de femme » car la gynéco est aussi autre chose qu'une maladie !
<u>Consommation de médicaments</u>	
DR.03	Ajouter par exemple : pommade contre les lésions dues au sport, moyens contraceptifs
- A l'explication sur toutes les catégories de médicaments : biffer la pilule (= pas un médicament) ou ajouter catégorie contraceptifs - Sonder la motivation à la prise de médicaments, par exemple, les anti-douleur (maux de tête, règles douloureuses, ...)	
Les tableaux sont intéressants pour détecter la perspective de genre.	
<u>Vaccination :</u>	
ajouter : la méningite	
VA.04	
<u>Nutrition</u>	
NU.09	Ajouter : jus de légumes, boissons sportives/énergétiques, boissons légèrement alcoolisées
<u>Etudes</u>	
ET.02	Ajouter : formations complémentaires supérieures /universitaires Ajouter : formation tout au long de la vie
<u>Emploi</u>	
EM.02	Interruption de carrière : à remplacer par réduction de la carrière et crédit-temps Ajouter : crédit-formation, congé de paternité Ajouter : travail à domicile / télétravail
EM.03 et 12	Mettre l'accent sur le travail rémunéré Ajouter : statuts précaires avec protection sociale minimum : entre autres époux aidant de travailleurs indépendants, parent d'accueil Ajouter : contrats d'appel, travail intérimaire, ALE
EM.08	Biffer : tenir le ménage sans rémunération (évidemment tout un chacun exerçant une activité principale combine cela avec des activités au sein du ménage).
<u>Revenus</u>	
Accent sur explication : sur la base de travail rémunéré	
Ajouter : allocations de sécurité sociale complémentaires, épargne pension, primes crédit-temps, frais de transport	
Ajouter : revenus provenant de biens	
Ajouter : dons, soutiens financiers des parents ou d'autres membres de la famille	

Conclusions

L'analyse présentée ci-dessus et qui concerne tant la philosophie générale et les hypothèses sous-jacentes de l'enquête santé que la critique détaillée de la méthodologie et des deux questionnaires demande une révision assez fondamentale afin de mieux tenir compte des problèmes de santé des femmes et d'une manière plus générale de la problématique de genre.

Il nous semble important de prévoir une équipe scientifique composée d'au moins un tiers de femmes pour encadrer la prochaine enquête.

Nous voulons encore ajouter qu'en ce qui concerne la publication des résultats, le Conseil souhaite que chacune des données publiées soit ventilée en fonction du sexe. Il ne suffit donc pas de présenter une donnée générale qui tienne compte du genre.

Nous souhaitons également que les résultats statistiques soient rendus disponibles gratuitement (sur CD-ROM par exemple ou sur internet ou sur demande) de telle manière que les chercheurs et les organisations de femmes puissent les utiliser, les retravailler, voire chercher ou demander de nouvelles corrélations qui n'auraient pas été établies ou publiées.

D'après le contenu des enquêtes précédentes, nous sommes bien obligés de constater que les auteurs n'ont que très peu de connaissance de la littérature scientifique et de la littérature critique sur la santé des femmes. Ils semblent se trouver dans un état d'esprit dominé par des préoccupations de "santé reproductive". Le Conseil souhaite une extension des enquêtes, des recherches et de la politique de santé vers les problèmes de santé qui affectent le plus souvent et le plus péniblement les femmes (tableau de la prévalence, 1997, p. 92).

Le Conseil demande que la Ministre de la Santé publique lance un programme de recherches scientifiques sur la problématique "santé publique et genre" de telle sorte que la littérature scientifique, notamment féministe, des Pays-Bas, du Royaume-Uni, du Canada et des USA soit plus connue et intégrée en Belgique.

Il demande aussi que les autorités compétentes soutiennent des expériences-pilotes comme par exemple l'installation de centres de santé pour les femmes ou des consultations spécialisées pour les femmes de telle sorte que l'expression des problèmes de santé des femmes soit facilitée: nous pensons en particulier à la question des violences intra-familiales et des abus sexuels dont elles-mêmes ou leurs enfants sont victimes. Mais ces centres pourraient avoir un rôle également dans le diagnostic des maladies professionnelles, par exemple. (Voir avis n° 45 du 26 juin 2001).

Nous sommes bien obligées de constater que si, aux Pays-Bas, la recherche dans le domaine de la santé des femmes a fait de tels progrès, c'est dû en grande partie à l'existence de centres de santé pour les femmes et aux recherches qui ont été développées à partir de ceux-ci.

Le Conseil demande enfin, que la Ministre de la Santé élabore un programme de santé publique qui soit nettement marqué par une réflexion sur le genre et qui affecte ses moyens budgétaires en vue de résorber l'inégalité entre hommes et femmes quant à l'état de santé primaire selon le principe: chacun a également droit à être dans le meilleur état de santé possible.