

Chapitre 22

Égalité femmes-hommes, santé et participation au marché du travail

Principaux résultats

- Si leur longévité est généralement supérieure à celle des hommes, les femmes vivent souvent ces années supplémentaires en mauvaise santé. Les femmes ont plus de probabilités d'être handicapées lorsqu'elles sont en âge de travailler, ce qui peut restreindre leurs débouchés sur le marché du travail, et elles sont plus susceptibles d'avoir besoin de soins de longue durée en fin de vie. Le suivi et l'amélioration de la qualité des soins de longue durée sont essentiels au bien-être de nombreuses femmes âgées.
- Ce sont principalement les femmes qui dispensent les soins informels aux membres âgés de la famille. Le renforcement de la protection sociale concernant les soins de longue durée peut réduire les inégalités entre les aidants informels hommes et femmes, tandis qu'un soutien accru aux aidants peut soulager les répercussions des soins sur la santé mentale et l'emploi.
- Les femmes représentent la majorité des travailleurs dans les domaines de la santé et de l'aide sociale. Toutefois, même si la proportion de femmes médecins a augmenté récemment, elles demeurent sous-représentées dans la plupart des postes hautement qualifiés et bien rémunérés.

Les données statistiques concernant Israël sont fournies par et sous la responsabilité des autorités israéliennes compétentes. L'utilisation de ces données par l'OCDE est sans préjudice du statut des hauteurs du Golan, de Jérusalem-Est et des colonies de peuplement israéliennes en Cisjordanie aux termes du droit international.

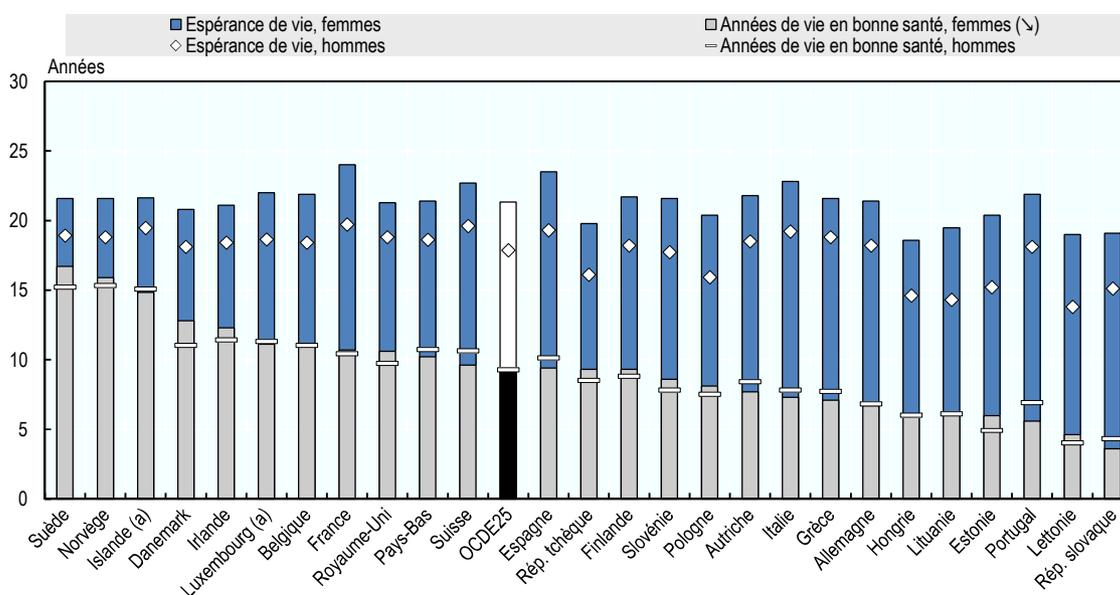
Les femmes vivent plus longtemps que les hommes, mais elles passent souvent ces années supplémentaires en mauvaise santé

Dans tous les pays de l'OCDE, l'espérance de vie des hommes et des femmes a sensiblement augmenté ; les personnes qui naissent aujourd'hui peuvent espérer vivre dix ans de plus que celles nées il y a 50 ans. Les femmes vivent plus longtemps que les hommes. En moyenne dans les pays de l'OCDE, les filles nées en 2013 ont une espérance de vie moyenne de 83.1 ans, contre 77.8 ans pour les garçons. Toutefois, les femmes sont plus susceptibles d'être en mauvaise santé pendant ces années supplémentaires de vie.

Si les femmes vivent plus longtemps, elles ont généralement des problèmes de santé lorsqu'elles vieillissent. Tandis que les hommes sont plus enclins à souffrir de maladies mortelles comme le cancer du poumon ou des crises cardiaques, les maladies invalidantes comme l'arthrite et la dépression touchent plus souvent les femmes. En 2014, l'espérance de vie des femmes à l'âge de 65 ans était de 21.3 ans, un chiffre nettement supérieur à celui des hommes qui était de 17.8 ans. En revanche, l'espérance de vie *en bonne santé* à l'âge de 65 ans était presque identique pour les femmes et pour les hommes, à respectivement 9.4 ans et 9.2 ans (graphique 22.1).

Graphique 22.1. Les femmes ont généralement une espérance de vie plus longue que les hommes, mais leur espérance de vie en bonne santé est équivalente

Espérance de vie et espérance de vie en bonne santé à l'âge de 65 ans, pays européens de l'OCDE, 2014



Note : Les pays sont classés de gauche à droite par ordre croissant de l'espérance de vie en bonne santé des femmes à l'âge de 65 ans.

a) Pour l'Islande et le Luxembourg, les données correspondent à une moyenne sur trois ans pour 2012 à 2014.

Source : OCDE/CE (2016), *Health at a Glance Europe 2016 – State of Health in the EU Cycle*, Éditions OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264265592-en>.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888933647872>

À 65 ans, les femmes peuvent espérer vivre environ 20 % plus longtemps que les hommes (graphique 22.1), mais pas toujours en bonne santé et avec plus de probabilités de

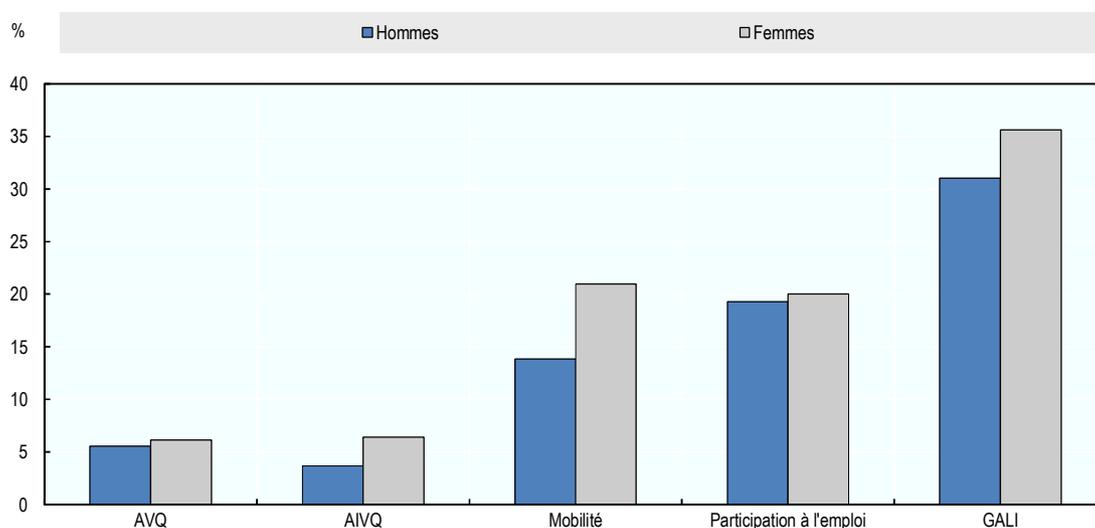
nécessiter des soins de longue durée (SLD). En 2014, deux tiers des résidents des structures de SLD dans les pays de l'OCDE étaient des femmes (OCDE, 2017). Les pays disposent de peu d'informations sur la qualité des services de SLD fournis et réalisent rarement un suivi au niveau national (OCDE/CE, 2013). Combler les lacunes en matière d'informations et de données est fondamental si l'on souhaite améliorer la qualité de vie des personnes dépendant de ces services.

Les femmes sont plus susceptibles de développer des handicaps jeunes

Bien que de nombreuses personnes atteignent l'âge de 65 ans en bonne santé, beaucoup développent une maladie à l'approche de la retraite, ce qui affecte leur aptitude à mener leurs activités quotidiennes ou à travailler. De telles limitations sont plus fréquentes chez les femmes que chez les hommes : 36 % des femmes âgées de 50 à 64 ans dans les pays européens (contre 31 % des hommes) déclarent que leurs problèmes de santé restreignent leurs activités quotidiennes (graphique 22.2). S'agissant de la réduction de la mobilité au sein du même groupe d'âge, les femmes ont 50 % de risques en plus que les hommes d'être concernées. Les personnes âgées ayant une situation socio-économique modeste, quel que soit leur sexe, sont davantage touchées par tous les types de handicaps.

Graphique 22.2. Les femmes sont plus susceptibles de développer des handicaps lorsqu'elles atteignent l'âge de 65 ans

Proportions (%) de femmes et d'hommes âgés de 50 à 64 ans déclarant être touchés par au moins une de ces cinq limitations d'activité, pays européens, 2013



Note : Limitations déclarées par les intéressés, dues à des handicaps ou des problèmes de santé mesurés en fonction de cinq indices différents : i) l'indice « Activités de la vie quotidienne » (AVQ), qui correspondent aux tâches de la vie de tous les jours et aux soins d'hygiène ; ii) l'indice « Activités instrumentales de la vie quotidienne » (AIVQ), qui correspondent aux activités permettant de déterminer si une personne est autonome ; iii) les limitations fonctionnelles liées à la mobilité, formes moyennes et sévères de limitations fonctionnelles affectant la marche et la montée des escaliers, notamment pour se déplacer dans une pièce, marcher sur une distance de 100 mètres, monter un étage sans pause et monter plusieurs étages sans pause ; iv) les limitations liées à la santé affectant la participation à un emploi rémunéré ; v) l'« Indicateur de limitations globale de l'activité » (GALI), qui mesure les limitations dues à un problème de santé affectant les activités habituelles des personnes.

Source : Calculs du Secrétariat de l'OCDE fondés sur l'Enquête sur la santé, le vieillissement et la retraite en Europe (SHARE), Vague 5, <http://www.share-project.org>.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888933647891>

Être en mauvaise santé peut avoir des répercussions sur le travail et le revenu. Les personnes souffrant de maladies chroniques sont moins susceptibles d'occuper un emploi et ont des revenus plus faibles. Par exemple, les personnes atteintes de diabète travaillent en moyenne moins d'heures (Pelkowski et al., 2004 ; Saliba et al., 2007) et sont absentes en moyenne deux jours de plus par an en raison de leurs problèmes de santé (Tunceli *et al.*, 2005). Les personnes atteintes de cancer qui continuent à exercer leur activité travaillent entre trois et sept heures de moins par semaine (Bradley et al., 2005 ; OCDE, 2011).

Les conséquences d'un mauvais état de santé sur le travail semblent toutefois mitigées si l'on compare les hommes et les femmes. Alors que les femmes âgées de 50 à 64 ans sont sensiblement plus nombreuses à déclarer que leur état de santé limite leurs activités quotidiennes, la proportion d'hommes et de femmes indiquant que leur état de santé limite l'exercice d'une activité rémunérée est sensiblement la même (graphique 22.2). Les femmes âgées de 50 à 59 ans atteintes d'au moins deux maladies chroniques ont, néanmoins, un tiers de probabilités en moins d'occuper un emploi que celles en bonne santé, tandis que les hommes souffrant d'au moins deux maladies chroniques ont seulement un quart de probabilités en moins d'occuper un emploi que ceux en bonne santé (OCDE/CE, 2016).

Il est également possible que la relation de cause à effet soit inversée. Le travail peut affecter la santé, bien que les preuves empiriques soient hétérogènes à cet égard. Par exemple, un revenu disponible plus élevé peut améliorer la probabilité de mener une vie en bonne santé ; dans certains pays, les personnes qui occupent un emploi ont plus de chances de bénéficier d'une couverture médicale complète. En revanche, la pénibilité du travail peut avoir des effets néfastes sur la santé à la fois physique et mentale (Currie et Madrian, 1999 ; Grossman, 2000).

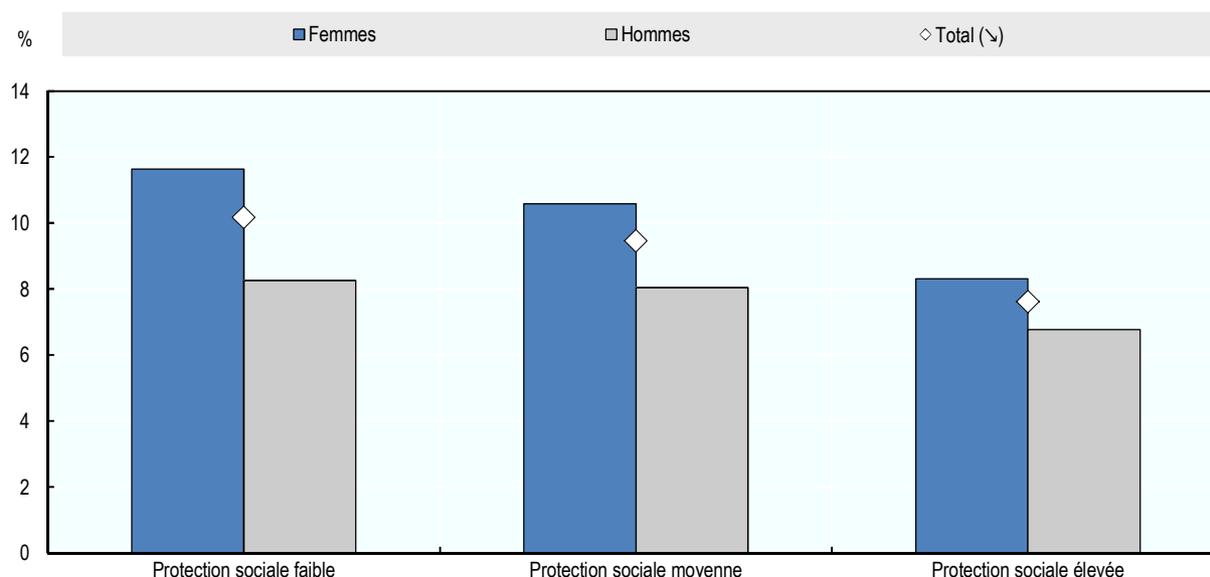
Les femmes sont plus nombreuses parmi les aidants informels, ce qui peut influencer sur leur santé et leur travail

Les personnes sont non seulement affectées par leur propre état de santé, mais aussi par celui de leurs proches. Bien que tous les pays de l'OCDE proposent des services de SLD formels, la famille et les amis prennent en charge la majeure partie des soins informels dont les personnes ont besoin lorsqu'elles ne peuvent plus vivre de manière totalement autonome. Ce type de soutien est souvent désigné par le terme « soins informels » et dans tous les pays de l'OCDE, ce sont principalement les femmes qui les fournissent (graphique 22.3). En 2013, dans 15 pays européens, en moyenne 10 % des femmes âgées de plus de 50 ans fournissaient des soins informels tous les jours, contre 8 % des hommes. Cette moyenne cache toutefois des inégalités d'un pays à l'autre. En Suède, par exemple, 57 % des aidants au quotidien âgés de plus de 50 ans sont des femmes, contre 70 % en Slovénie. De même, le personnel du secteur formel de la santé est principalement constitué de femmes (encadré 22.1).

Même si les soins informels peuvent être avantageux pour les bénéficiaires et gratifiants pour les aidants, ils représentent un coût puisque ce temps pourrait être utilisé pour exercer un emploi rémunéré ou consacré à des loisirs. En effet, les aidants informels qui dispensent des soins intensifs (plus de 20 heures par semaine) ont moins de probabilités d'occuper un emploi et plus de probabilités de souffrir de problèmes de santé mentale (OCDE, 2011), une situation qui touche les femmes de manière particulièrement marquée.

Graphique 22.3. Les femmes de plus de 50 ans sont plus susceptibles de fournir des soins informels que leurs homologues masculins, notamment dans les pays où les soins de longue durée ne sont pas entièrement pris en charge par les systèmes de protection sociale

Part (%) moyenne des personnes de plus de 50 ans fournissant des soins informels quotidiens dans les pays européens en fonction des différents niveaux de protection sociale, par sexe, 2013



Note : Les personnes fournissant des soins à des membres de leur foyer n'ont pas été interrogées sur la fréquence de ces soins, mais elles sont prises en compte ici. Les personnes s'occupant de leurs enfants, des enfants du conjoint, de nièces et neveux sont exclues. Les dépenses publiques allouées aux soins de longue durée servent de référence pour la protection sociale : >1 % du PIB = « protection sociale faible » ; 1-2 % du PIB = « protection sociale moyenne » ; >2 % du PIB = « protection sociale élevée ».

Source : Calculs du Secrétariat de l'OCDE d'après l'Enquête sur la santé, le vieillissement et la retraite en Europe (SHARE), Vague 5, <http://www.share-project.org/>.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888933647910>

Encadré 22.1. Si le personnel est essentiellement féminin dans le secteur de la santé, les postes qu'occupent les femmes sont majoritairement peu qualifiés

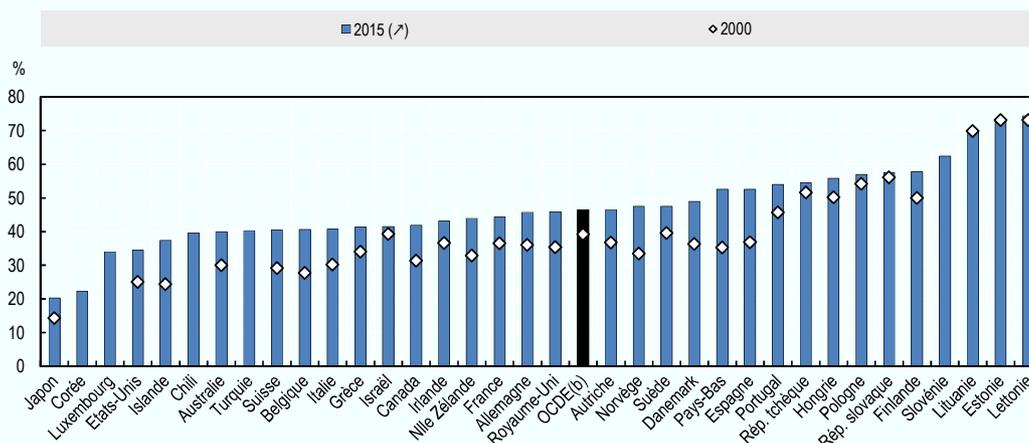
Bien que la majorité du personnel de santé soit composé de femmes, elles n'en demeurent pas moins sous-représentées dans la plupart des professions très qualifiées, comme la médecine. Si près de la moitié des médecins sont des femmes dans l'OCDE, les disparités sont considérables d'un pays à l'autre. Au Japon et en Corée, seulement 20 % environ des médecins sont des femmes, tandis qu'en Lettonie et en Estonie elles représentent plus de 70 % des médecins. Toutefois, la situation évolue et la part des femmes augmente. En 1990, seuls 29 % des médecins dans les pays de l'OCDE étaient des femmes, une part moyenne qui est passée à environ 39 % en 2000, et à 46 % en 2015.

Même lorsque les femmes exercent des professions très qualifiées, comme celle de médecin, il s'agit souvent des spécialités les moins rémunérées. Les données concernant des pays comme la France ou le Canada indiquent que la proportion de médecins femmes a tendance à être supérieure en médecine générale que dans les spécialités mieux rémunérées comme la chirurgie.

Encadré 22.1. Si le personnel est essentiellement féminin dans le secteur de la santé, les postes qu’occupent les femmes sont majoritairement peu qualifiés (suite)

Graphique 22.4. Même si les femmes représentent moins de la moitié des médecins dans l’OCDE, cette part est en augmentation

Part des médecins femmes, 2000 et 2015 ou dernière année disponible^a



a) Pour l’année 2000, les données de la Lituanie correspondent à 2001, à 2002 pour la Lettonie et la Norvège, et à 2003 pour l’Islande. Pour l’année 2015, les données de la République tchèque correspondent à 2013, et à 2014 pour le Danemark, les États-Unis, le Japon et la Suède.

b) Moyenne non pondérée de tous les pays de l’OCDE à partir des données disponibles au moment indiqué.

Source : Statistiques de l’OCDE sur la santé 2017, <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933647929>

Une protection sociale renforcée pour les soins de longue durée et un meilleur soutien aux aidants informels pour réduire les inégalités entre les hommes et les femmes

De manière générale, l’écart entre les sexes concernant la prise en charge des soins informels est inférieur dans les pays proposant une offre complète de SLD, c’est-à-dire ceux qui consacrent plus de 2 % de leur PIB aux SLD publics (graphique 22.3). Dans ces pays, en 2013, les femmes âgées de plus de 50 ans étaient 23 % plus susceptibles de fournir des soins informels au quotidien que leurs homologues masculins, tandis que dans les pays offrant une faible protection sociale (c’est-à-dire dont les dépenses consacrées aux SLD sont inférieures à 1 %), ce taux était de 41 %. Si les facteurs culturels jouent un rôle important dans l’attribution des rôles dévolus aux hommes et aux femmes, une offre étoffée de services de SLD aiderait à rétablir les déséquilibres constatés en matière de soins informels dans de nombreux pays.

Les pays de l’OCDE proposent des prestations et des services de soutien qui peuvent contribuer à atténuer les conséquences de la prestation des soins pour les aidants informels. Les femmes, qui assurent l’essentiel des soins informels, sont celles qui ont le plus à y gagner. Les aides financières sont la forme la plus courante de soutien aux aidants (Courtin et al., 2014), même si leur utilisation est parfois limitée et que les niveaux d’indemnisation sont rarement proportionnels au manque à gagner occasionné par la prise en charge des soins informels, notamment au temps que ces personnes pourraient consacrer à un emploi rémunéré

(pour plus d'informations, voir Muir, 2017). Les soins de relève, également disponibles dans certains pays, permettent de soulager les aidants de leurs responsabilités en matière de soins.

Bien que les aidants apprécient énormément ces services, les preuves de leur efficacité sur l'amélioration de la santé mentale sont peu concluantes (OCDE, 2011). De meilleurs services de soutien pour les aidants et des recherches plus approfondies concernant les approches les plus utiles sont fondamentaux pour comprendre l'impact inégal des soins informels sur les hommes et les femmes.

Un taux d'activité accru des femmes n'entraîne pas nécessairement un recul de leur part dans les soins informels

L'une des raisons pour lesquelles les femmes âgées de 50 ans se consacrent davantage aux soins informels est certainement qu'elles sont moins susceptibles d'avoir poursuivi une carrière complète que les hommes du même groupe d'âge. Dans les pays européens pour lesquels des données sont disponibles, 63 % des femmes âgées de plus de 50 ans en 2009 avaient passé au moins dix ans entre l'âge de 18 et 64 ans sans être scolarisées, sans suivre une formation et sans occuper un emploi à plein temps. La part d'hommes était seulement de 11 %. Compte tenu de la répercussion des interruptions de carrière sur la rémunération potentielle (chapitre 13), le manque à gagner des femmes est généralement moindre si elles réduisent ou abandonnent leur emploi rémunéré pour se consacrer aux soins informels.

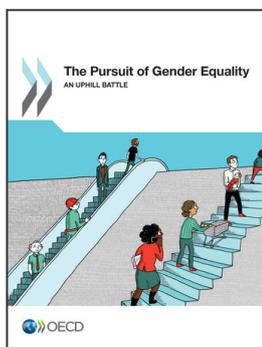
Les schémas de prestation de soins informels au sein de la population actuelle des femmes de plus de 50 ans montrent toutefois que le lien entre carrière professionnelle et prise en charge de soins informels n'est pas simple à établir. Les femmes actuellement âgées de plus de 50 ans qui ont poursuivi une carrière complète (moins de dix ans d'interruption de la vie professionnelle ou de la formation à temps plein) ne sont pas moins susceptibles de dispenser des soins informels quotidiens que les femmes qui ont eu des interruptions de carrière. Par conséquent, même si les taux d'activité des femmes devraient augmenter à l'avenir, cela risque d'être insuffisant pour réduire l'inégalité entre les sexes concernant les soins informels, à moins que cette hausse ne s'accompagne de changements plus importants dans la perception du rôle des hommes et des femmes (chapitre 14). Une protection sociale et des infrastructures de SLD efficaces, ainsi qu'un meilleur soutien aux aidants, devraient donc continuer d'occuper une place importante dans les politiques visant à lutter contre les inégalités entre hommes et femmes.

Messages clés

- L'amélioration de l'accès, de l'accessibilité financière et de la qualité des services de soins de longue durée devrait constituer une priorité d'action pour les pays de l'OCDE. De telles mesures seraient particulièrement bénéfiques pour les femmes, qui sont les principales utilisatrices de ces services et qui fournissent également la majorité des soins informels dont les personnes âgées ont besoin lorsque les soins formels sont inexistantes ou trop onéreux.
- Il faut renforcer le soutien aux aidants informels. Il peut prendre la forme de prestations en espèces ou de services comme les soins de relève ; néanmoins, des recherches supplémentaires sont nécessaires pour identifier les approches les plus efficaces et déterminer comment augmenter leur utilisation par les aidants.
- L'information et la formation sont un autre moyen important de soutenir les aidants informels. Elles peuvent les aider à fournir des soins de meilleure qualité et à gérer plus efficacement leur propre charge de travail, afin de réduire les effets négatifs de leur rôle d'aidant. Les femmes étant plus susceptibles que les hommes de fournir des soins informels à leurs parents âgés, la participation des hommes de la famille aux programmes d'information et de formation pourrait contribuer à réduire ce déséquilibre hommes-femmes.

Références

- Bradley, C. et al. (2005), « Short-Term Effects of Breast Cancer on Labor Market Attachment: Results from a Longitudinal Study », *Journal of Health Economics*, vol. 24, n° 1, pp. 137-160.
- Courtin, E. et al. (2014), « Mapping Support Policies for Informal Carers Across the European Union », *Health Policy*, vol. 118, n° 1, pp. 84-94.
- Currie, J. et B. Madrian (1999), « Health, Health Insurance and the Labor Market », *Handbook of Labor Economics*, vol. 3, pp. 3309-3415, Elsevier Science, Amsterdam.
- Grossman, M. (2000), « The Human Capital Model », *Handbook of Health Economics*, Ch. 7, Elsevier Science, Amsterdam.
- Muir, T. (2017), « Measuring Social Protection for Long-term Care », *Documents de travail de l'OCDE sur la santé*, n° 93, Éditions OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/a411500a-en>.
- OCDE (2017), *Statistiques de l'OCDE sur la santé*, OCDE, Paris, <http://www.oecd.org/fr/els/systemes-sante/base-donnees-sante.htm>.
- OCDE (2011), *Besoin d'aide ? La prestation de services et le financement de la dépendance*, Études de l'OCDE sur les politiques de santé, Éditions OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264097766-fr>.
- OCDE/CE (2016), *Health at a Glance Europe 2016 – State of Health in the EU Cycle*, Éditions OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264265592-en>.
- OCDE/CE (2013), *A Good Life in Old Age? Monitoring and Improving Quality in Long-term Care*, Études de l'OCDE sur les politiques de santé, Éditions OCDE, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264194564-en>.
- Pelkowski, J. et M. Berger (2004), « The Impact of Health on Employment, Wages, and Hours Worked Over the Life Cycle », *Quarterly Review of Economics and Finance*, vol. 44, n° 1, pp. 102-121.
- Saliba, B. et al. (2007), « Situations à l'égard du travail des personnes atteintes de maladies chroniques », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, vol. 55, n° 4, pp. 253-263.
- Tunceli, K. et al. (2005), « The Impact of Diabetes on Employment and Work Productivity », *Diabetes Care*, vol. 28, n° 11, pp. 2662-2667.



Extrait de :
The Pursuit of Gender Equality
An Uphill Battle

Accéder à cette publication :
<https://doi.org/10.1787/9789264281318-en>

Merci de citer ce chapitre comme suit :

OCDE (2018), « Égalité femmes-hommes, santé et participation au marché du travail », dans *The Pursuit of Gender Equality : An Uphill Battle*, Éditions OCDE, Paris.

DOI: <https://doi.org/10.1787/9789264203426-25-fr>

Cet ouvrage est publié sous la responsabilité du Secrétaire général de l'OCDE. Les opinions et les arguments exprimés ici ne reflètent pas nécessairement les vues officielles des pays membres de l'OCDE.

Ce document et toute carte qu'il peut comprendre sont sans préjudice du statut de tout territoire, de la souveraineté s'exerçant sur ce dernier, du tracé des frontières et limites internationales, et du nom de tout territoire, ville ou région.

Vous êtes autorisés à copier, télécharger ou imprimer du contenu OCDE pour votre utilisation personnelle. Vous pouvez inclure des extraits des publications, des bases de données et produits multimédia de l'OCDE dans vos documents, présentations, blogs, sites Internet et matériel d'enseignement, sous réserve de faire mention de la source OCDE et du copyright. Les demandes pour usage public ou commercial ou de traduction devront être adressées à rights@oecd.org. Les demandes d'autorisation de photocopier une partie de ce contenu à des fins publiques ou commerciales peuvent être obtenues auprès du Copyright Clearance Center (CCC) info@copyright.com ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC) contact@cfcopies.com.