

Paul Camenzind, Claudia Meier (Ed.)

Les coûts de la santé selon le sexe

**ANALYSE DIFFERENCIÉE DES DONNÉES POUR
LA SUISSE**

*Avec la collaboration de Paola Coda Berteà, d'Isabelle
Sturny, de Fabienne Peter et d'Elisabeth Zemp Stutz*

Résumé

Paul Camenzind, Claudia Meier (éditeurs), Les coûts de la santé selon le sexe – Une analyse différenciée des données pour la Suisse; publications de l'Observatoire suisse de la santé, Editions Hans-Huber, Berne 2004, CHF 39.90, (ISBN 3-456-84199-X)

Résumé

Si l'on se borne à examiner les coûts de la santé pris en charge par les assureurs-maladie, on pourrait être tenté de dire que les femmes ont davantage recours à des prestations médicales et, partant, occasionnent des dépenses de santé plus élevées que les hommes. Il convient toutefois de préciser que, en Suisse, un tiers seulement des dépenses de santé est financé par les assurances-maladie, tandis que deux tiers sont couverts par d'autres assurances sociales, par des contributions publiques dans les secteurs intra-muros et ambulatoire, par des paiements directs des ménages ainsi que par des assurances privées. A ce jour, aucune analyse de la répartition des coûts en fonction du sexe n'a été effectuée pour ces agents payeurs. De plus, les statistiques actuelles sur les coûts de la santé ne recensent pas certaines prestations, en particulier les prestations de soins informelles dispensées par des membres de la famille ou des proches. L'affirmation selon laquelle les femmes génèrent, dans le domaine de la santé, davantage de coûts que les hommes repose dès lors sur une base de données *pars pro toto* qui doit être vérifiée. *La présente étude avait donc pour objectif premier de procéder à une analyse différenciée des coûts selon le sexe en tenant compte de l'ensemble des catégories de dépenses de santé déterminantes.*

Les données du pool de données de santé suisse ont été examinées en détail sous l'angle des différences liées au sexe afin de savoir si, et le cas échéant pourquoi les femmes présentent des coûts d'assurance-maladie plus élevés que les hommes. L'étude s'étant par ailleurs intéressée aux avantages et aux inconvénients du pool de données, elle apporte également des précisions pertinentes sur les possibilités et les limites de cette banque de données.

L'analyse d'autres sources de financement a été entravée par le fait que certaines données n'étaient pas accessibles, pas recensées selon le sexe, voire pas disponibles du tout. C'est pourquoi les auteurs de l'étude font des propositions en vue de l'intégration d'autres catégories de dépenses et tentent d'évaluer l'ordre de grandeur financier de certains domaines; ils examinent ceux-ci en se fondant également sur la littérature internationale ainsi que sur les résultats tirés d'autres enquêtes.

L'étude se proposait, comme deuxième objectif, d'approfondir la question de l'égalité des sexes en relation avec les coûts de la santé. A cet effet, les auteurs ont, d'une part, analysé les thèmes de l'égalité de traitement et des différences liées au sexe en matière de santé et des coûts de la santé selon une approche théorique et, d'autre part, de manière concrète pour la Suisse. Ce faisant, ils ont commenté les concepts économiques actuels sous l'angle de leur pertinence quant aux différences liées au sexe. Les auteurs ont aussi procédé à une analyse de l'état de santé selon le sexe, de laquelle il ressort que certaines différences observées entre les femmes et les hommes résultent de facteurs biologiques ou sociaux, d'où également des besoins variés. L'étude donne ainsi de précieuses indications sur la manière de documenter les dépenses de santé en Suisse selon le sexe et fournit des bases solides pour des décisions et interventions futures.

Base de données lacunaire

Contrairement à d'autres sources d'informations relatives au domaine de l'assurance-maladie, le pool de données de santésuisse permet une analyse détaillée et différenciée des diverses catégories de dépenses de santé en fonction du sexe. Grâce à d'importantes variables telles que les fournisseurs de prestations, les types de prestations, les groupes d'âge, le canton et le sexe, il permet en effet de broser un tableau complet de la répartition des coûts de la santé selon le sexe. Cependant, le pool de données ne fournit que des données agrégées – groupes d'assurés par tranche d'âge de cinq ans et fournisseurs de prestations par domaine de spécialisation. Une autre restriction non négligeable imposée par le pool réside dans l'absence de diverses variables significatives pour la recherche différenciée selon le sexe. Il s'agit, par exemple, d'informations sur les caractéristiques socioéconomiques des assurés ou sur les diagnostics, lesquels s'avèrent déterminants pour les coûts. En raison du caractère facultatif de la remise de données à santésuisse, le pool de données couvre 93% environ de la population suisse. santésuisse vérifie les données qui lui sont communiquées par les assureurs-maladie selon divers critères de qualité.

Une méthode descriptive a été choisie pour l'analyse des résultats: les résultats tirés de l'examen des données selon le sexe ont été décrits et complétés par des tableaux et des illustrations, l'accent ayant été mis sur les données afférentes à 2001. Outre les informations contenues dans le pool de données, des données relatives à d'autres sources de financement du système de santé ont été analysées. Il s'agit, d'une part, des informations fournies par d'autres agents payeurs directs (assurances sociales, Etat, ménages, assurances privées) et, d'autre part, de prestations qui, pour l'heure, ne sont pas recensées dans les coûts de la santé (prestations de soins informelles prodiguées par des membres de la famille ou des proches, par exemple). Ces données n'étant toutefois pas ventilées en fonction du sexe, voire en partie pas saisies de manière systématique, il a fallu évaluer la répartition des coûts entre les femmes et les hommes. Pour certaines sources de financement, il a été possible de procéder à des estimations sur la base de la répartition des coûts dans l'assurance-maladie. Pour d'autres domaines (prestations de soins non rémunérées, violence), les auteurs ont pris comme référence les résultats de diverses études suisses ainsi que la littérature internationale topique.

Biographies de santé différentes

C'est par le truchement de facteurs sociaux et biologiques que le sexe influe sur la santé et les coûts y afférents. *Les femmes et les hommes présentent des biographies de santé ou de maladie spécifiques à leur sexe.* Ces différences ne reposent pas uniquement sur des aspects quantitatifs (fréquence d'apparition d'une maladie), mais aussi qualitatifs (contraction d'autres maladies et caractéristiques de la maladie différentes selon le sexe).

Dans ce contexte, il convient de définir ce que l'on entend par égalité des sexes en relation avec les coûts de la santé. Les fonds du système de santé sont-ils répartis de manière équitable

lorsque leur montant est identique pour les femmes et les hommes, ou y a-t-il d'autres facteurs à prendre en considération?

Pour apprécier cette question de l'égalité dans le domaine de la santé, les spécialistes ont souvent recours à deux critères complémentaires: l'égalité horizontale et l'égalité verticale. Tandis que l'égalité horizontale présuppose des prestations identiques pour des besoins identiques, l'égalité verticale se fonde sur le principe de prestations différentes pour des besoins différents. Etant donné que la diversité des besoins n'a, à ce jour, pas ou peu été définie dans le domaine de la santé, ce dernier critère n'a encore jamais été pris en compte. *Or les besoins variés en matière de santé constituent précisément l'une des principales explications pour les différences liées au sexe en ce qui concerne le recours aux prestations de santé et les coûts y afférents.* Ces différences au niveau des besoins découlent de facteurs biologiques et sociaux divergents, tels une plus grande longévité pour les femmes ou un taux de cancer des poumons plus élevé chez les hommes. La santé reproductive s'avère également déterminante dans ce domaine.

L'explication des différences dues au sexe observées pour les coûts de la santé doit, à côté de la demande de prestations, également tenir compte de l'offre ainsi que des prestations réellement fournies. *Les prestations de soins non rémunérées prodiguées par des proches jouent ainsi un rôle non négligeable dans l'analyse différenciée des coûts de la santé selon le sexe.* En raison de la répartition traditionnelle des rôles et de l'espérance de vie plus longue des femmes, les hommes sont les premiers bénéficiaires des prestations de soins non rémunérées. La qualité de l'offre médicale présente également des différences selon le sexe. Autant de constatations qui soulèvent la question de savoir si les besoins sont couverts de manière appropriée et si l'offre actuelle et le comportement des médecins influencent la demande de prestations.

De nombreuses études révèlent que, dans le domaine des maladies cardio-vasculaires par exemple, le sexe des patients influe sur le diagnostic et/ou le traitement. Les préjugés liés au sexe semblent, par ailleurs, avoir également des conséquences négatives sur la qualité de la prise en charge des patients. Lorsque de telles différences conduisent à des traitements plus longs, voire à des erreurs de traitement, elles engendrent bien entendu des coûts supplémentaires. Tel est également le cas en ce qui concerne les lacunes de connaissances dans le domaine de la biomédecine relative à la santé des femmes.

Au vu de ce qui précède, force est d'admettre que des comparaisons générales ne permettent pas de tenir compte de manière adéquate des schémas de santé spécifiques aux femmes et aux hommes, ni ne sont appropriées pour garantir une évaluation différenciée des coûts selon le sexe. *L'appréciation des coûts de la santé doit dès lors impérativement tenir compte des différences au niveau des besoins et des déterminants socioculturels qui caractérisent les femmes et les hommes.* Pour qu'il y ait égalité des sexes dans le domaine de la santé, il importe que les femmes et les hommes puissent bénéficier des prestations qui leur permettent de réaliser leur potentiel de santé. En d'autres termes, toute personne doit avoir les mêmes chances dans le domaine de la santé.

Résultats de l'exploitation du pool de données

En 2001, la facture totale adressée aux assureurs-maladie au titre de l'assurance-maladie obligatoire (selon la LAMal) s'est élevée, selon le pool de données, à 15,4 milliards de francs, soit 9,2 milliards pour les femmes et 6,2 milliards pour les hommes. Les assureurs-maladie ont pris en charge 85% des coûts globaux et les assurés, 15% par le truchement de la participation aux frais. Les fournisseurs de prestations qui génèrent le plus de dépenses sont les hôpitaux (6,8 milliards), suivis des médecins pratiquant dans des cabinets ambulatoires (5 milliards) et des pharmacies (2,1 milliards). Les coûts de physiothérapie, de laboratoire et des services Spitex se situent entre 250 000 et 500 000 millions de francs. Les dépenses afférentes aux autres fournisseurs de prestations sont, quant à elles, nettement moins élevées.

La ventilation des coûts totaux des divers fournisseurs de prestations selon leur montant révèle, à quelques exceptions près, un classement très semblable pour les femmes et les hommes. Cependant, les montants relevés pour les femmes sont, dans la plupart des cas, plus élevés que ceux des hommes, ce qui conduit, au total, à une différence de quelque 3 milliards de francs. *Il convient toutefois de souligner que plus de la moitié de cette différence est imputable au fait que les femmes vivent plus longtemps que les hommes.* Autrement dit, en raison de leur plus grande longévité, les femmes ont recours pendant plus d'années à des prestations de santé. A l'instar des hommes, c'est durant les dernières années de vie que les femmes coûtent le plus cher au système de santé. *Etant donné leur espérance de vie plus longue, leur pic en termes de coûts totaux est enregistré dix ans après celui des hommes: chez ceux-ci, ce pic est observé dans la tranche d'âge des 66-70 ans, alors que chez les femmes, il apparaît dans le groupe d'âge des 76-80 ans.*

Si l'on tient compte de la structure d'âge, les coûts par tête font ressortir des différences nettement moins marquées entre les femmes et les hommes que les coûts totaux. Hormis une baisse intervenant directement en début de vie, les coûts par tête augmentent de plus en plus avec l'âge, chez les femmes comme chez les hommes. Relativement faible jusqu'à 50 ans, la hausse s'accélère à partir de cet âge pour culminer dès 81 ans et plus. Cet accroissement continu résulte du fait que la proportion de personnes malades augmente avec l'âge. Sans oublier que les dernières années de vie sont les plus chères, ce qui explique notamment pourquoi les coûts par tête pour les prestations médicales intra-muros et ceux pour les prestations médicales ambulatoires évoluent de manière quasi identique jusqu'à l'âge de la retraite, âge à partir duquel les frais hospitaliers augmentent plus fortement que les coûts médicaux ambulatoires.

Les coûts par tête des femmes sont nettement plus élevés que ceux des hommes durant deux périodes de la vie, à savoir vers 30 ans, puis à nouveau à partir de 81 ans. Les femmes dans la trentaine enregistrent en effet, pour les fournisseurs de prestations les plus onéreux (hôpitaux, médecins, pharmacies et laboratoires), des coûts par tête entre deux et quatre fois supérieurs à ceux des hommes, un écart attribuable à la maternité qui intervient durant cette

période de la vie. Ce sont les assurances-maladie qui prennent en charge les coûts de la santé liés à la maternité: examens réguliers, analyses de laboratoire et autres, accouchement, couches, contrôles ultérieurs. C'est également durant cette période que l'on recense le plus de prestations résultant de la planification familiale (contraception, examens de fertilité). Toutes ces dépenses sont imputables à différents fournisseurs de prestations, cabinets médicaux et hôpitaux, mais aussi sages-femmes, laboratoires et pharmacies. En 2001, les dépenses au titre des prestations de maternité ont totalisé 363 millions de francs.

Etant donné que la gynécologie est une discipline qui se consacre à la santé sexuelle et reproductive, une partie de ces dépenses pourrait être classée sous la rubrique «reproduction». *Les données à disposition révèlent que, tant dans les domaines ambulatoire qu'intra-muros, les dépenses de gynécologie/obstétrique sont les plus élevées pour les classes d'âge entre 21 et 40 ans, où elles représentent deux tiers des différences observées entre les coûts par tête des femmes et ceux des hommes.* Les dépenses en relation avec la santé sexuelle et reproductive expliquent donc une part importante des différences entre les coûts par tête des femmes et des hommes durant cette période de la vie. Des coûts qui, aujourd'hui, sont exclusivement attribués aux femmes, alors que les problèmes de reproduction concernent les deux sexes.

Pendant toute la vie, les problèmes de santé liés aux organes sexuels et de reproduction sont plus fréquents chez les femmes que chez les hommes, d'où également des coûts nettement plus importants pour celles-ci. La facture totale d'urologie s'élève, en 2001, à un sixième des dépenses totales de gynécologie/obstétrique. Les coûts médicaux ambulatoires d'urologie sont essentiellement générés par les hommes âgés de 55 ans et plus, alors que les dépenses de gynécologie/obstétrique sont enregistrées pendant pratiquement toute la vie.

Les dépenses plus élevées occasionnées par les femmes très âgées ne concernent pas tous les fournisseurs de prestations, mais essentiellement les hôpitaux. L'analyse détaillée des dépenses afférentes au domaine intra-muros montre que les coûts par tête plus importants des femmes sont imputables aux dépenses au titre des hommes médicalisés et des services de gériatrie des hôpitaux. Cette différence de coûts en ce qui concerne les hommes peut, en partie, s'expliquer par le fait que les femmes ont une espérance de vie plus longue que les hommes et peuvent, de ce fait, s'occuper pendant plus longtemps de leur mari à la maison.

Les hommes présentent, pendant deux périodes de la vie, des coûts par tête plus élevés que les femmes: durant les premières années de vie (jusqu'à 15 ans), puis vers 70 ans. Pour des raisons inhérentes à leur processus de maturation biologique, les garçons ont plus souvent que les filles des problèmes de santé durant leur prime enfance. Ils sont aussi plus nombreux que les filles à être victimes d'accidents. C'est pourquoi les garçons enregistrent, pendant cette période, des coûts par tête plus élevés pour quasiment tous les fournisseurs de prestations analysés. La seconde période, c'est-à-dire vers 70 ans, coïncide avec les années où le nombre de décès est comparativement plus élevé chez les hommes que chez les femmes. Etant donné que les dernières années de vie sont les plus onéreuses en termes de coûts de la santé et que les hommes meurent, en moyenne, plus jeunes que les femmes, cela se répercute également

dans les statistiques. Par conséquent, les hommes de cette tranche d'âge présentent en premier lieu des coûts hospitaliers supérieurs à ceux des femmes, et ce essentiellement dans les services où les décès sont davantage dus à la vieillesse, à savoir ceux de médecine interne, de chirurgie, de médecine intensive ainsi que dans le service «autres domaines de spécialisation».

Jusqu'à 15 ans, les coûts occasionnés par les deux sexes dans le domaine médical ambulatoire s'avèrent nettement supérieurs chez les médecins de premier recours comparés aux spécialistes, du fait que les dépenses de pédiatrie sont incluses dans les coûts des médecins de premier recours. Vers le milieu de la vie, les coûts par tête des médecins de premier recours et des spécialistes dans le domaine ambulatoire sont quasiment identiques. A partir de la classe d'âge des 71-75 ans, les coûts des médecins de premier recours continuent d'augmenter, tandis que ceux des spécialistes diminuent. Les différences liées au sexe sont plus prononcées pour les dépenses des spécialistes que pour celles des médecins de premier recours. S'agissant des spécialistes pratiquant dans des cabinets ambulatoires, les femmes présentent, jusqu'à un âge très avancé, des coûts par tête plus élevés que les hommes. Cette différence, qui est la plus flagrante vers l'âge de 30 ans, est imputable à raison de deux tiers aux dépenses de gynécologie. L'écart entre les femmes et les hommes en ce qui concerne les dépenses pour les spécialistes pratiquant dans des cabinets ambulatoires demeure relativement grand jusqu'à la tranche d'âge des 56-60 ans.

Une autre part importante des différences relevées pour ces catégories de dépenses concerne le *domaine de la psychiatrie/psychothérapie: pendant toute leur vie, mais essentiellement durant les années de vie active, les femmes génèrent, dans le domaine ambulatoire, des coûts de psychiatrie supérieurs à ceux des hommes.* Pour ce qui est des coûts de psychiatrie relevés dans le secteur hospitalier, en revanche, les différences liées au sexe sont moins marquées: à l'exception du groupe des 11-20 ans, les hommes occasionnent des dépenses plus élevées que les femmes jusqu'à l'âge de 40 ans. Dans presque toutes les catégories d'âge, les hommes génèrent davantage de coûts par tête au titre des hôpitaux psychiatriques qu'au titre des fournisseurs de prestations psychiatriques ambulatoires. Chez les femmes âgées de 26 à 50 ans, c'est exactement l'inverse qui prévaut. Autrement dit, leurs coûts de traitement psychiatrique ambulatoire sont supérieurs à ceux des hôpitaux psychiatriques. Il est donc possible d'en déduire que les femmes et les hommes se comportent différemment en ce qui concerne le recours aux prestations psychiatriques: ainsi, les hommes solliciteraient une aide psychiatrique à un stade plus avancé de la maladie que les femmes, à savoir uniquement au moment où une hospitalisation serait devenue inévitable.

Pour la plupart des autres spécialités, les femmes et les hommes présentent des coûts par tête très similaires, à l'exception de l'ophtalmologie et de la médecine interne dans le domaine des maladies cardio-vasculaires: les femmes occasionnent des dépenses d'ophtalmologie plus élevées à partir de l'âge de la retraite, alors que chez les hommes, les coûts engendrés par les maladies cardio-vasculaires dépassent ceux des femmes. Hormis durant les premières années de vie, tant le nombre de prestations de base (consultations et visites à domicile) par personne assurée que les coûts par prestation de base augmentent de manière continue avec

l'âge. De cinq en moyenne par année et par enfant en bas âge, le nombre de prestations de base passe à treize par année chez les 81-85 ans. Les coûts doublent entre la première classe d'âge et celle des 66-70 ans. Dès l'âge de 70 ans, les coûts par prestation de base diminuent à nouveau.

Mis à part les années suivant immédiatement la naissance et à partir de 91 ans, le nombre de consultations est plus élevé chez les femmes que chez les hommes, les écarts les plus importants étant observés entre 26 et 40 ans. Cet état de fait s'explique en grande partie par les différences observées dans les domaines de la gynécologie/obstétrique et de la psychiatrie. Mais il est aussi possible que les femmes aient davantage tendance à solliciter une aide médicale professionnelle que les hommes. Chez ces derniers, par contre, chaque prestation de base – hormis pour les classes d'âge des 16 à 35 ans – coûte plus cher que chez les femmes. Le nombre de jours d'hospitalisation par personne est quasiment identique pour les deux sexes, sauf durant la période durant laquelle les femmes sont en âge de procréer. Durant ces années, ce sont les femmes qui présentent les coûts par jour d'hospitalisation les plus élevés, avant que les hommes ne prennent le relais à partir de 46 ans.

Résultats d'autres sources de données

L'examen des autres agents payeurs du système de santé donne une image différente de la répartition des coûts selon le sexe que celle obtenue sur la base des données fournies par les assurances-maladie. *Tandis que les assureurs-maladie annoncent des dépenses supérieures pour les femmes, la situation est inverse du côté des autres assurances sociales (qui financent 8% du montant total des dépenses de santé): en 2001, 72% des dépenses de l'assurance-accidents (LAA) ont concerné les hommes, soit quelque 640 millions de francs de plus que pour les femmes. Deux facteurs expliquent ces chiffres: d'une part, l'assurance-accidents compte davantage d'assurés masculins que féminins, d'autre part, les hommes présentent une propension au risque plus élevée (sur les routes ou dans le domaine du sport, par exemple), d'où un nombre accru d'accidents et, partant, des dépenses plus élevées. Le fait que les femmes soient plus nombreuses à intégrer leur couverture contre les accidents dans leur assurance-maladie obligatoire explique, en partie du moins, pourquoi les coûts d'assurance-maladie sont plus élevés chez les femmes que chez les hommes.*

La situation n'est guère différente en ce qui concerne l'assurance-vieillesse et survivants et l'assurance-invalidité (AVS/AI) ainsi que l'assurance militaire. Ces institutions versent davantage de prestations aux hommes qu'aux femmes. Sur le total de 2,2 milliards de francs payés par celles-ci en 2001, les hommes ont touché 390 millions de plus que les femmes. *A l'inverse, des estimations révèlent que l'Etat (17% du montant total des dépenses de santé) dépense davantage pour les femmes que pour les hommes. Sur le total de 7,8 milliards de francs payés par l'Etat, les femmes ont touché environ 1,2 milliard de plus que les hommes. Il est fort probable que cet écart résulte en partie de la structure d'âge différente des femmes et des hommes. Etant donné que les femmes vivent plus longtemps que les hommes et ont moins*

recours qu'eux aux prestations de soins non rémunérées, elles absorbent une part plus importante des dépenses publiques versées essentiellement sous forme de subventions aux hôpitaux et aux établissements non hospitaliers.

Par ailleurs, il importe de relever que les femmes supportent une part nettement plus élevée que les hommes des coûts pour les prestations non couvertes par les assurances. Ces paiements directs, désignés par le terme «out of pocket», s'élèvent pour les ménages privés à plus de 12 milliards de francs, soit 26% du montant total des dépenses de santé. Selon des estimations, deux tiers environ des dépenses «out of pocket» (8 milliards) concernent les femmes. La différence de 4 milliards par rapport aux hommes correspond à peu près au montant supplémentaire que la société verse, via les dépenses publiques et l'assurance-maladie obligatoire, au titre des coûts de la santé des femmes. A cela vient s'ajouter la participation aux frais dans le domaine de l'assurance-maladie obligatoire, laquelle est également plus élevée chez les femmes que chez les hommes.

Les assurances privées couvrent un dixième des dépenses totales de santé. *Les données à disposition dans le domaine de la statistique suisse des assurances privées ne permettent cependant pas de procéder à une analyse différenciée selon le sexe.* En effet, elles ne fournissent ni indications sur le nombre de femmes et d'hommes qui ont conclu une couverture maladie à titre privé, ni informations sur la répartition des personnes assurées en fonction de l'âge, le montant des primes payées ou les risques assurés. De plus, les coûts de la santé pris en charge par les assureurs privés ne sont pas ventilés selon le sexe et le type de prestations.

Outre les agents payeurs recensés dans la statistique de la santé officielle, il existe d'autres facteurs à prendre en compte dans le cadre d'une analyse différenciée des coûts selon le sexe. A cet égard, les prestations de soins non rémunérées prodiguées à la maison par les conjoints, les proches ou les voisins jouent un rôle important. Diverses études révèlent en effet que ce sont majoritairement les femmes qui fournissent ce genre de prestations.

Or ces prestations de soins informelles influent non seulement sur le bien-être de la population, mais elles permettent aussi de réduire les coûts de la santé, dans la mesure où elles se substituent aux services Spitex, aux homes et aux autres prestations du système de santé. Qui plus est, les femmes sont doublement mises à contribution: d'une part, elles fournissent gratuitement des prestations qui n'apparaissent dans aucun compte, mais n'en réduisent pas moins les coûts de la santé des hommes, d'autre part, elles ne peuvent, en cas de besoin, compter sur une aide similaire et doivent se faire soigner en institution, ce qui entraîne une hausse de leurs coûts. *En clair, les prestations que les femmes sollicitent sont comptabilisées dans un compte général, tandis que celles qu'elles fournissent à titre informel ne figurent nulle part.* Etant donné la pression croissante exercée sur les coûts dans le domaine de la santé, le risque est grand que l'on se décharge de plus en plus sur le domaine informel et, partant, le travail non rémunéré des femmes pour garantir la fourniture des prestations de soins.

En Suisse, plus d'un million de personnes bénéficient d'une aide informelle, et quelque 850 000 personnes prodiguent régulièrement ce type de prestations; leur ampleur excède largement celle des services Spitex. Il ressort d'une étude menée à ce sujet que, en 1995, les femmes âgées entre 50 et 75 ans ont fourni nettement plus de prestations non rémunérées que les hommes. Ce déséquilibre est particulièrement marqué en ce qui concerne l'aide excédant deux heures par jour; elle est fournie à raison de 77% par les femmes et de 23% seulement par les hommes.

Les femmes qui fournissent des prestations de soins non rémunérées supportent des coûts directs supplémentaires ainsi que des coûts d'opportunité pour perte d'activité lucrative, etc. De plus, le travail dans le secteur informel recèle des risques pour la santé tels que le stress ou une probabilité d'accident accrue. Cependant, il est vrai aussi que le fait de s'occuper de membres de la famille ou de proches renforce l'estime de soi et peut, pour la personne concernée, être source de grandes satisfactions.

La question de la violence mérite qu'on lui accorde une attention particulière dans le cadre de la présente étude. Souvent sous-estimée en relation avec les coûts de la santé, la violence engendre pourtant des coûts élevés, dans le domaine médical notamment. *Selon des estimations, les dépenses liées à des actes de violence commis en Suisse contre des femmes ont totalisé, en 1998, 134 millions de francs: 80 millions de francs pour les prestations médicales, 30 millions pour les hôpitaux et 23 millions pour les médicaments.* Tant les hommes que les femmes sont concernés par la violence, il est vrai, mais force est de constater que, dans la plupart des cas, les auteurs de tels actes sont des hommes – que la victime soit de sexe masculin ou féminin. *Or il n'est pas tenu compte du sexe de l'auteur des actes de violence lors du recensement des coûts:* lorsque l'auteur est un homme et la victime une femme, les coûts qui en résultent sont comptabilisés chez les femmes, bien qu'ils aient été engendrés par un homme. Ces coûts devraient donc être imputés aux hommes, bien que cela ne soit pas le cas.

Les résultats de la présente étude montrent que l'affirmation selon laquelle les femmes engendrent des dépenses de santé plus élevées que les hommes est trop réductrice. Si, dans l'analyse des coûts, on tient compte non seulement des prestations des assurances-maladie, mais aussi de celles d'autres agents payeurs, on constate que la balance des coûts de la santé penche nettement moins du côté des femmes. Il faudrait cependant, afin de garantir une évaluation différenciée des coûts de la santé selon le sexe fiable et globale, améliorer les données actuellement à disposition sur les points suivants: collecte de données sur l'aide informelle, prise en compte de données relatives aux personnes et aux diagnostics dans les données transmises par les assurances-maladie et recensement ventilé selon le sexe des dépenses de santé financées par d'autres agents payeurs.

Les auteurs de l'étude attirent également l'attention sur le fait qu'il importe d'intégrer dans l'analyse les aspects liés aux besoins si l'on entend promouvoir des prestations de santé conformes à la demande et une allocation des ressources adaptée en fonction du sexe. Il convient d'accorder à la question de la prise en compte des particularités liées au sexe la place qu'elle mérite dans le débat sur la politique de la santé.