



Vieillesse

Différences entre hommes et femmes

dans la Région de la Méditerranée orientale

En vieillissant, la plupart des gens auront tendance à avoir davantage besoin de soins qu'auparavant. Les méthodes auxquelles ont recours les différentes sociétés pour assurer ces soins – sans toujours y parvenir – peuvent avoir des conséquences majeures sur la qualité de vie des personnes âgées. L'analyse des besoins relatifs des populations âgées, féminines et masculines, permettra d'améliorer la qualité de la dernière partie de leur vie.

Considérations générales

Dans la Région de la Méditerranée orientale, la chute des taux de fécondité et l'élévation de l'espérance de vie concourent à un accroissement des fractions âgées de la population. Actuellement, 5,8 % des habitants de cette région ont plus de 60 ans. D'ici 2025, cette proportion passera à 8,7 %, et atteindra près de 15 % de la population totale en 2050. Au Liban, le pourcentage des personnes âgées de plus de 65 ans devrait, selon les estimations, passer à 10,2 % d'ici 2025, contre 7,1 % aujourd'hui [1].

L'évolution de la structure démographique n'est pas sans conséquences pour les personnes âgées, sachant que la proportion de jeunes diminue dans la Région et que la tendance structurelle à la famille nucléaire se précise, si bien qu'il y aura de moins en moins de jeunes pour subvenir aux besoins des personnes âgées. Les femmes constitueront le groupe majoritaire de cette population âgée, en raison de leur espérance de vie accrue et de leurs tableaux de morbidité. Mais tout en tenant compte de leur meilleure espérance de vie, on notera que les femmes risquent de connaître une plus longue période d'incapacité que les hommes.

Dans la plupart des pays de la Région, l'espérance de vie des femmes à la naissance est supérieure à celle des hommes - de 1 an en Afghanistan et à Djibouti à 4 ans en Tunisie et à Bahreïn -, le Pakistan étant le seul pays où les hommes ont une espérance de vie supérieure à celle des femmes, bien que de 4 mois seulement. L'indice actuel de vieillissement dans la Région de la Méditerranée orientale (c'est-à-dire la proportion de personnes de 60 ans et plus par rapport aux enfants de moins de 15 ans) est d'environ 13,9 %, mais cette proportion devrait atteindre 26,9 % d'ici 2025. En 2000, le rapport moyen de masculinité dans la Région pour les personnes de plus de 60 ans était de 86 hommes pour 100 femmes. Dans neuf pays, le nombre

d'hommes dépassait celui des femmes (rapport supérieur à 100) : Arabie saoudite 115, Bahreïn 117, Emirats arabes unis 246, Jordanie 103, Koweït 202, Libye 118,6, Oman 107, Pakistan 100,3 et Qatar 245 (Tableau 1). Quant aux personnes de plus de 80 ans, les rapports de masculinité restent supérieurs à 100 dans cinq pays (Tableau 2) [2].

Situation sociale et condition physique tout au long de la vie

Les facteurs aujourd'hui responsables de la plus grande partie de la mortalité à un âge précoce et de la morbidité accrue chez les personnes âgées tiennent à leur comportement et aux événements qui ont marqué leur vie lorsqu'elles étaient jeunes. Le tabagisme, l'abus d'alcool, les maladies infectieuses, la dénutrition et la surnutrition, la pauvreté, le défaut d'accès à l'éducation, les conditions de travail dangereuses, la violence, l'insuffisance des soins de santé et les traumatismes au début et tout au long de la vie sont autant de causes potentielles d'une dégradation de la santé pendant la vieillesse.

Yount a constaté un taux excessif de mortalité chez les filles au Moyen-Orient durant les années 1970 et 1980 [3]. En Égypte, plus une femme est instruite, plus ses enfants ont des chances de survie, bien que l'analphabétisme tende à être deux fois plus répandu chez les femmes que chez les hommes [3]. L'absence ou l'insuffisance d'éducation physique pour les écolières de la Région ont également des répercussions sur la santé lorsqu'elles deviennent des femmes âgées. Une étude sur les incapacités des personnes âgées en Égypte révèle que les femmes ayant vécu toute leur vie en zone rurale et vivant actuellement dans des conditions de quasi-pauvreté étaient exposées à un risque accru d'incapacité, alors que l'analphabétisme n'était pas un facteur contributif. L'alphabétisation des femmes des régions rurales n'améliore pas nécessairement leurs



chances dans la société. À l'inverse, chez les hommes âgés, l'instruction leur garantit l'accès à une meilleure situation économique et peut par conséquent limiter l'ampleur de leurs incapacités durant la vieillesse. L'incapacité des femmes âgées s'explique aussi par le fait que les femmes des générations précédentes commençaient à procréer plus tôt et donnaient le jour à de nombreux enfants. Les femmes âgées des régions rurales étaient plus susceptibles que les citadines d'avoir recours à des accoucheuses non qualifiées et se trouvaient par conséquent exposées à des risques accrus en matière de santé génésique [4].

Comparé à d'autres pays, le nombre de personnes âgées souffrant d'incapacités fonctionnelles est relativement élevé en Égypte et en Tunisie. Dans ce dernier pays, il existe une forte proportion de veuves âgées qui connaissent des problèmes de mobilité, tandis qu'en Égypte, les personnes les plus âgées sont très nombreuses à souffrir de fragilité fonctionnelle [5]. À Bahreïn, où le produit intérieur brut (PIB) est le plus élevé des dix pays considérés dans l'étude, où la part du budget consacrée à la santé est la plus forte et où l'espérance de vie est de 67 ans, on recense une proportion relativement forte d'incapacités relevant des catégories V et VI, c'est-à-dire les incapacités les plus sévères dans le modèle de transition de l'incapacité [5].

Conséquences des principales maladies et affections pour les femmes et hommes âgés

Maladies cardio-vasculaires

Les taux de mortalité dus aux maladies cardio-vasculaires après 60 ans sont à peu près les mêmes chez les hommes et les femmes. Cependant, les femmes âgées étant plus nombreuses que les hommes âgés, les maladies cardio-vasculaires tuent chaque année un plus grand nombre de femmes âgées.

Cancer

Les taux de mortalité dus au cancer sont de 30 % à 50 % plus élevés chez les hommes que chez les femmes, la différence étant largement – mais non totalement – due à l'incidence accrue du cancer du poumon chez les hommes. Toutefois, l'écart pourrait se resserrer étant donné l'augmentation du nombre de femmes qui fument. Le cancer du col de l'utérus est celui qui tue le plus grand nombre de femmes dans les pays en développement, dans la mesure où les méthodes de dépistage telles que le frottis vaginal et le traitement qui l'accompagne ne sont pas encore généralisées. En revanche, dans les pays développés, les frottis sont le plus souvent pratiqués sur les jeunes femmes, alors qu'un dépistage régulier des femmes âgées réduirait le nombre de décès dus au cancer.

Problèmes musculo-squelettiques

L'arthrose, l'affection de l'appareil musculo-squelettique la plus répandue chez les personnes âgées, touche davantage les femmes que les hommes. L'ostéoporose, soit la perte excessive de tissu osseux, est également plus fréquente chez les femmes. Il semblerait que cette déperdition soit liée aux changements hormonaux qui surviennent au moment de la ménopause, mais elle pourrait aussi être due en partie au mode de vie plus sédentaire et à la nutrition médiocre qui caractérisent davantage les femmes que les hommes.

Le travail physique intensif et l'insalubrité des milieux de travail sont susceptibles de causer des affections incapacitantes. Par ailleurs, en réduisant le nombre

d'accidents invalidants chez les personnes de tous âges, en particulier les jeunes gens, qui sont davantage enclins à adopter des comportements à risque, on peut faire régresser les incapacités de la vieillesse.

Santé mentale

Les problèmes de santé mentale les plus courants sont plus fréquents chez les femmes que chez les hommes âgés. Pour autant, si les cas de dépression sont plus nombreux chez les femmes âgées, les hommes âgés sont plus susceptibles qu'elles de se suicider.

Les taux d'incidence de la démence ne semblent pas présenter de disparités entre hommes et femmes, mais comme les femmes vivent en moyenne plus longtemps que les hommes, le nombre de femmes âgées vivant avec une altération fonctionnelle causée par la démence est supérieur à celui des hommes âgés.

Déficiences sensitives

Selon une méta-analyse récente, les deux tiers des 40 millions de personnes atteintes de cécité dans le monde seraient des femmes. Il semble que les femmes recourent moins souvent que les hommes aux services d'ophtalmologie, notamment aux opérations de la cataracte. De plus, leur rôle prépondérant dans les soins aux enfants les expose plus souvent au trachome, maladie infectieuse qui entraîne la cécité.

Incontinence

L'incontinence urinaire touche les individus des deux sexes. Il semble qu'elle soit deux à trois fois plus fréquente chez les femmes âgées que chez les hommes âgés, en partie à cause de l'insuffisance du traitement des complications liées aux accouchements.

Les modes de vie des personnes âgées

Qualité de la vie

La plupart des personnes âgées de la Région continuent de cohabiter avec leurs enfants. Les familles constituent le principal soutien des personnes âgées en Tunisie et en Égypte, mais en général les femmes bénéficient davantage de soins de la part de leur famille du fait qu'elles survivent à leur conjoint et qu'elles sont plus impliquées dans le réseau familial [6]. La participation des femmes et des hommes âgés à la prise de décision dans la famille a fait l'objet d'une étude comparative en Égypte, pays plus patriarcal, et en Tunisie, pays plus égalitaire, d'où il ressort que les femmes jouent un moindre rôle en Égypte qu'en Tunisie. Qui plus est, en Égypte les femmes participent de moins en moins à mesure qu'elles avancent en âge et que leur état de santé se dégrade, contrairement aux hommes, et ceci dans tous les domaines, à l'exception des décisions relatives aux activités culinaires quotidiennes. En Tunisie, les femmes continuent de jouer un rôle dans la vie sociale jusqu'à un âge avancé.

Une brève étude portant sur des hommes et des femmes égyptiens vivant dans des maisons de retraite et sur d'autres vivant de manière indépendante ou avec leur famille [7] montre qu'une importante proportion de femmes âgées sont sujettes à la dépression et l'anxiété, tandis que les hommes âgés souffrent davantage d'anxiété et de dépression en maison de retraite que lorsqu'ils vivent avec leur famille. Les femmes âgées, quel que soit leur lieu de résidence, fument moins que les hommes, mais sont aussi moins alertes, et elles sont plus nombreuses que les hommes à ne pas avoir d'assurance maladie [8].

Tableau 1. Rapport de masculinité* chez les + 60 ans dans les pays de la Méditerranée orientale (pour 100 femmes)

Pays	1950	1975	2000	2025	2050
Afghanistan	100,6	99,4	98,2	96,7	94,3
Arabie saoudite	93,5	92,9	115,4	139,8	93,5
Bahrein	94,4	116,1	117,1	166,6	109,1
Djibouti	82,3	81,6	67,4	42,7	79,0
Égypte	82,7	86,5	81,6	85,9	86,7
Émirats arabes unis	92,7	137,7	246,7	295,8	150,8
République islamique d' Iran	109,0	95,8	93,7	93,2	89,0
Iraq	94,4	89,6	90,6	90,8	90,6
Jamahiriya arabe libyenne	152,4	104,0	118,6	95,6	86,1
Jordanie	116,2	94,8	103,2	97,4	93,2
Koweït	103,0	102,8	202,6	208,6	113,9
Liban	95,5	89,0	84,9	71,1	84,5
Maroc	92,1	105,1	81,6	85,0	85,5
Oman	99,0	88,8	107,0	137,1	92,5
Pakistan	134,1	119,1	100,3	99,7	89,8
Palestine	116,2	94,7	75,0	91,7	91,2
Qatar	92,9	143,1	245,4	252,7	128,4
République arabe syrienne	122,0	96,5	90,4	90,5	89,8
Somalie	77,3	84,0	85,9	86,1	88,9
Soudan	91,9	85,9	87,5	90,6	91,9
Tunisie	76,1	126,2	98,6	87,7	87,1
Yémen	88,2	91,5	78,6	71,8	89,8
Moyenne Région Méditerranée orientale	108,4	98,5	86,0	76,8	89,9

Source (données brutes) : *Viellissement de la population mondiale*, New York, Division de la Population, Département des affaires économiques et sociales, Nations Unies, 2001 [15].

* Le rapport de masculinité est le résultat du calcul du nombre d'hommes pour 100 femmes dans une population donnée. Il peut être calculé pour une population totale ou pour un groupe d'âge spécifique.

Tableau 2. Rapport de masculinité chez les + 80 ans dans les pays de la Méditerranée orientale (pour 100 femmes)

Pays	1950	1975	2000	2025	2050
Afghanistan	105,4	97,3	90,8	86,2	78,1
Arabie saoudite	86,6	79,8	81,7	97,6	72,4
Bahrein	80,0	84,7	101,1	94,8	92,8
Djibouti	64,6	75,4	62,7	47,9	32,6
Égypte	71,3	71,5	69,2	62,9	57,2
Émirats arabes unis	83,9	93,7	126,6	278,5	196,3
République islamique d' Iran	104,6	96,0	83,7	76,1	63,9
Iraq	83,3	75,2	82,1	76,8	74,7
Jamahiriya arabe libyenne	191,5	90,0	71,2	77,8	58,6
Jordanie	116,7	80,1	91,6	81,3	75,7
Koweït	87,6	93,1	62,8	161,9	116,4
Liban	86,5	73,0	70,9	53,4	56,8
Maroc	80,0	116,2	85,8	58,8	55,5
Oman	79,8	81,4	79,3	90,1	74,3
Pakistan	139,7	130,6	112,5	94,8	81,9
Palestine	116,7	80,9	76,8	54,5	63,1
Qatar	87,1	101,7	151,9	223,9	159,8
République arabe syrienne	131,4	90,5	82,1	63,0	64,8
Somalie	58,8	62,9	70,4	71,7	76,2
Soudan	85,9	70,4	73,2	78,1	80,5
Tunisie	56,4	108,1	101,4	65,9	57,7
Yémen	80,3	82,7	73,1	54,4	64,5
Moyenne Région Méditerranée orientale	105,9	98,1	89,7	81,2	69,5

Source (données brutes) : *Viellissement de la population mondiale*, New York, Division de la Population, Département des affaires économiques et sociales, Nations Unies, 2001 [15].

Les femmes sont plus exposées à la pauvreté dans leur vieillesse, en partie du fait qu'elles ne bénéficient pas de pension de retraite et qu'il n'existe pas de dispositions pour les veuves qui ne travaillent pas. Au Liban par exemple, 94 % des femmes âgées n'ont jamais travaillé, de sorte que les plans de retraite nationaux fondés sur l'emploi n'auraient guère d'intérêt pour elles. Quant aux femmes qui travaillent dans le secteur informel, dans lequel elles sont fortement représentées, elles ne percevront aucune assurance ni prestations de vieillesse susceptibles de les aider à subvenir à leurs besoins dans leurs vieux jours [8]. Dans la Région de la Méditerranée orientale, les femmes épousent généralement des hommes plus âgés qu'elles et bien souvent ne se remarient pas après le décès de leur époux, aussi le nombre de veuves est-il très supérieur au nombre de veufs. De fait, 54 % des femmes sont susceptibles de devenir veuves ou divorcées contre 12,8 % des hommes. La proportion des femmes vivant seules est supérieure à celle des hommes, soit 15,2 % contre 0,9 % [8]. En Égypte, on

a constaté que le veuvage se traduisait chez les femmes par une participation accrue à la vie sociale et à la gestion des affaires familiales, alors que, chez les hommes devenus veufs, la participation restait la même. Les conséquences du veuvage sur la participation des hommes et des femmes à la vie sociale sont moins marquées en Tunisie [9].

Si l'on considère le critère de l'espérance de vie en bonne santé, c'est-à-dire le nombre d'années que l'on peut s'attendre à passer en bonne santé, en lieu et place de l'espérance de vie en général, les femmes perdent souvent l'avantage qu'elles avaient initialement (Tableau 1). Au niveau mondial, cet écart d'espérance de vie fait également que les femmes âgées sont tout simplement plus nombreuses que les hommes, et cela surtout parmi les personnes très âgées, soit à partir de 80 ans (Tableau 2). Une étude relative à l'incidence des fractures dues à l'ostéoporose dans la population libanaise âgée de 50 ans et plus révèle que le risque de fracture est plus élevé chez les femmes que chez les hommes, soit de 13 % contre 8,6 % [10]. En Égypte comme en Tunisie, les estimations de l'espérance de vie à la naissance corrigée de l'incapacité sont plus basses chez les femmes [6]. Les taux d'incapacité augmentant avec l'âge, le nombre de femmes âgées vivant avec des incapacités est supérieur à celui des hommes âgés.

Propension à solliciter des soins

En règle générale, les femmes sont plus enclines à demander des soins de santé. Les disparités entre hommes et femmes dans ce domaine sont probablement dues à la socialisation, à une acceptation plus facile du "statut de malade" ou au fait que les hommes s'adressent plutôt aux services spécialisés. Mais chez les personnes âgées, le recours aux soins de santé suit un modèle complexe et varie suivant des critères géographiques. Les données réunies dans le cadre d'une étude collective de l'OMS sur les aspects sociaux et sanitaires du vieillissement, achevée en 1990, révèlent que les femmes consultent plus souvent un médecin en Tunisie qu'en Égypte, ce qui pourrait s'expliquer par la plus grande liberté de mouvement qui prévaut en Tunisie [11]. Cette même étude montre que les femmes font généralement davantage usage de médicaments sur ordonnance que les hommes.

Une étude effectuée en 1990 sur des échantillons de population âgée de 60 ans et plus en Tunisie et en Égypte indique que les femmes ont moins recours que les hommes aux soins de santé pour les maladies graves, peut-être parce qu'elles n'ont pas été habituées à recevoir fréquemment des soins lorsqu'elles étaient plus jeunes [11]. En revanche, les femmes consultent plus souvent que les hommes pour des affections bénignes et tendent à accorder à leur maladie une importance démesurée [6].

Les situations de crise peuvent avoir des effets disproportionnés sur les personnes âgées

Les crises telles que la guerre, les migrations forcées, la famine et l'épidémie de VIH/SIDA tendent à la fois à altérer le tissu social en général et à provoquer le décès ou le déplacement des personnes adultes durant la période la plus productive de leur vie. Ces situations peuvent avoir des effets préjudiciables sur les personnes âgées à deux égards au moins : 1) en écartant les travailleurs jeunes et les salariés, qui sont le soutien principal de nombreuses personnes âgées en l'absence de régimes publics d'assurances sociales ; et 2) en abandonnant à eux-mêmes

les orphelins et les personnes malades ou handicapées qui nécessitent des soins.

Il ressort d'une évaluation de la santé et de la nutrition entreprise dans cinq camps du Darfour par l'organisation *Help Age International* que les personnes âgées sont dans une large mesure négligées lors des interventions de secours. Cinquante pour cent (50 %) des personnes âgées vivent seules et la plupart d'entre elles sont des veuves privées du soutien de la famille élargie. Trente pour cent (30 %) des personnes interrogées s'occupent d'enfants orphelins mais ne reçoivent aucune aide alimentaire supplémentaire [12]. Selon une étude menée au Liban, les personnes âgées vivant dans le sud du pays étaient abandonnées à leur sort tandis que les jeunes générations se rendaient à Beyrouth pour y trouver du travail, en raison des difficultés économiques causées par la guerre. L'étude révèle également que près d'un quart des femmes âgées de cette région vivent seules [8]. Une étude réalisée par Abdulrazzak [13] met en relief la nécessité de dispenser des services à une population âgée qui ne cesse de croître au Liban, et ce d'autant que la guerre civile a empêché la mise en place de mesures et de dispositions législatives pour assurer des soins aux personnes âgées, un état de fait dont on perçoit encore les conséquences aujourd'hui. À présent, les dispositions sociales en vigueur tendent à donner moins de pouvoir aux femmes qu'aux hommes, les privant ainsi des moyens de plaider pour le maintien de leur santé.

Bibliographie

- [1] Sibai A. Ageing in Lebanon: Current status, future prospects and implications for policy. *World Health*, 1997, 50(4), 36.
- [2] *Les soins de santé aux personnes âgées dans la Région de la Méditerranée orientale : défis et perspectives*. Organisation mondiale de la Santé, juin 2003 (Document technique EM/RC50/6).
- [3] Yount KM. Excess mortality of girls in the Middle East in the 1970s and 1980s: patterns, correlates and gaps in research. *Population Studies*, 2001;55:291–308.
- [4] Lamb VL. Gender differences in correlates of disablement among the elderly in Egypt. *Social Science and Medicine*, 1997, 45(1):127–136.
- [5] Lamb VL. A cross-national study of quality of life factors associated with patterns of elderly disablement. *Social Science and Medicine*, 1996, 42(3), 363–77.
- [6] Yount KM, Agree EM, Rebellon C. Gender and use of health care among older adults in Egypt and Tunisia. *Social Science and Medicine*, 2004, 59(12):2479–2497.
- [7] Youssef GS. *Determinants of physical and psychological health and style of life of the elderly in different cultural sectors in Egypt*. Partnership in Development Research, Research Brief No 28. Centre de recherche sociale, Université américaine du Caire.
- [8] Sibai AM, Sen K, Baydoun M, Saxena P.] Sibai AM, Sen K, Baydoun M, Saxena P. Population ageing in Lebanon: current status, future prospects and implications for policy [Le vieillissement de la population au Liban : situation actuelle, perspectives d'avenir et répercussions pour les grandes orientations]. *Bulletin of the World Health Organization*, 2004, 82(3), 219–225 (résumé en français).
- [9] Yount KM, Agree EM. The power of older women and men in Egyptian and Tunisian families. *Journal of Marriage and the Family*, 2004, 66, 126–146.
- [10] Baddoura R, Okais J, Awada H. Incidence fracturaire après 50 ans et implications en termes d'ostéoporose dans la population libanaise [article en français] *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 2001, 49 (1), 27–32.
- [11] Andrews G. (1998). World Health Organization collaborative study on social and health aspects of ageing in Bahrain, Egypt, Jordan and Tunisia, 1991. ICPSR version. Alexandrie (Égypte): *Organisation mondiale de la Santé*, 1993.
- [12] Health and nutrition assessment of older people—West Darfur. (http://www.helpage.org/news/darfur_research/darfur_researchmiddle.html, consulté le 18 avril 2005).
- [13] Abyad A. Health care for older persons: A country profile—Lebanon. *Journal of the American Geriatric Society*, 2001, 49,1366–1370.

Nécessité d'intensifier la recherche

On connaît encore mal les relations complexes entre les rôles joués par les hommes et les femmes, l'accès aux soins, leur qualité et les différents types de maladies. Des recherches doivent être entreprises dans la Région afin de mieux comprendre ces corrélations et configurer en conséquence la prestation de soins de santé. Il conviendrait également d'entreprendre davantage d'études longitudinales sur le vieillissement et la santé pour tenir compte du fait que les problèmes de santé et la mortalité chez les personnes âgées proviennent souvent d'événements et d'incidents survenus lorsqu'elles étaient beaucoup plus jeunes.

Il est également nécessaire d'entreprendre des études destinées à quantifier les besoins en matière de soins à domicile pour les personnes âgées de la Région et à définir les mesures à prendre pour que le secteur de la santé assure des soins de santé à domicile efficaces. Des recherches sont également requises quant à la disponibilité de services à l'intention des personnes âgées qui tiennent compte des spécificités de chaque sexe. L'élaboration, à partir de travaux de recherche, d'un guide sur les soins de santé durant toute la vie servirait efficacement l'approche centrée sur le devenir de la personne tout au long de sa vie. Des recherches doivent aussi être entreprises sur les spécificités masculines et féminines des problèmes liés au vieillissement, par exemple l'obésité chez les femmes ou les conséquences de nombreuses grossesses sur la densité osseuse.