



CONSEIL DE L'EGALITÉ DES CHANCES ENTRE HOMMES ET FEMMES
RAAD VAN DE GELIJKE KANSEN VOOR MANNEN EN VROUWEN
RAT FÜR CHANCENGLEICHHEIT ZWISCHEN MÄNNER UND FRAUEN

**AVIS N° 33 DU 7 AVRIL 2000 DU CONSEIL
DE L'EGALITE DES CHANCES ENTRE
HOMMES ET FEMMES:
GENRE ET SANTE
1. L'OSTEOPOROSE**

**ADVIES NR 33 VAN 7 APRIL 2000 VAN DE
RAAD GELIJKE KANSEN VOOR MANNEN
EN VROUWEN:
GENDER EN GEZONDHEID
1. OSTEOPOROSE**

**Avis n° 33 du 7 avril 2000 du Conseil de l'Egalité des Chances entre hommes et femmes:
Genre et sante: 1. L'ostéoporose**

1. L'ostéoporose: introduction générale

Le Conseil de l'Egalité des Chances entre Hommes et Femmes a décidé d'entamer une analyse critique des inégalités de genre dans le vaste domaine de la santé.

Il a constaté que ce type d'analyse fait cruellement défaut en Belgique alors que dans un pays voisin comme les Pays-Bas il est assez largement développé. Dans ce pays en effet, dans la foulée du mouvement féministe, une critique de la politique de santé s'est développée et a entraîné la création du Centre de Santé (pour les Femmes Vrouwengezondheidscentra/VGC. Entre 1979 et 1990 quinze VGC ont été créés¹).

Les praticiens de ces centres ont à leur tour développé des recherches dans une perspective de "genre"² On a ainsi appris par exemple, que les médicaments sont toujours testés sur des hommes et qu'ils ne sont donc généralement pas ajustés aux spécificités biologiques des femmes.

En 1997, la Commission européenne a présenté un rapport sur "L'état de santé des femmes dans la Communauté européenne³".

Ce rapport présente une ventilation par sexes des principales données habituellement disponibles dans les Etats membres: taux de mortalité, causes de décès, indicateurs de morbidité, modes de vie et comportements, promotion de la santé, etc...

A la suite de ce rapport, le Parlement européen a adopté le 9 mars 1999, une Résolution⁴ sur l'état de santé des femmes. Dans cette Résolution, il souligne l'intérêt et l'importance accrue d'une politique de santé spécifique à chaque sexe et il attire l'attention de la Commission sur quelques aspects de santé qui sont particulièrement importants pour les femmes

Il insiste sur le problème de la violence dont les femmes sont particulièrement victimes (violence domestique, viol, agressions sexuelles, harcèlement sexuel, etc...)

**Advies nr 33 van 7 april 2000 van de raad gelijke kansen voor mannen en vrouwen:
Gender en gezondheid: 1. Osteoporose**

1. Osteoporose: algemene inleiding

De Raad van de Gelijke Kansen voor mannen en vrouwen heeft beslist een kritische analyse te maken van de gender-ongelijkheden in het ruime domein van de gezondheid.

De Raad heeft kunnen vaststellen dat er in België een schrijnend gebrek bestaat aan een dergelijk onderzoek, terwijl dat thema in een land als Nederland ruim aan bod komt. In Nederland is immers onder impuls van de vrouwenbeweging een kritische evaluatie gemaakt van het gezondheidsbeleid en dat heeft tussen 1979 en 1990 geleid tot het oprichten van maar liefst vijftien VGC's (Vrouwengezondheidscentra¹).

De practici in die Centra hebben op hun beurt dan weer vanuit een genderdimensie onderzoekswerk verricht². Aldus is o.a. vast komen te staan dat medicijnen steeds op mannen worden uitgetest waardoor die doorgaans niet aan de specifiek vrouwelijke biologische eigenschappen zijn aangepast.

In 1997 heeft de Europese Commissie een rapport voorgesteld over de gezondheidstoestand van de vrouwen in de Europese Gemeenschap ("L'état de santé des femmes dans la Communauté européenne³").

In dat rapport wordt een verdeling naar geslacht voorgesteld van de voornaamste gegevens die in de Lidstaten doorgaans beschikbaar zijn: sterftegraad, doodsoorzaak, morbiditeitsindicatoren, levenswijzen en gedragingen, gezondheidspromotie, enz...

Naar aanleiding van dat rapport heeft het Europees Parlement op 9 maart 1999 een Resolutie⁴ over de gezondheidstoestand van de vrouwen aangenomen. In die Resolutie wordt de toenemende betekenis beklemtoond van een seksspecifiek gezondheidsbeleid en wordt de aandacht van de Commissie gevestigd op een aantal gezondheidsaspecten die bijzonder betekenisvol zijn voor de vrouwen.

Er wordt vooral gewezen op het probleem van het geweld op vrouwen (partnergeweld, verkrachting, seksuele agressie, ongewenste intimiteiten, enz...).

¹. Katrien Bruggeman, "Vrouwengezondheidszorg: een verkenning van problemen, standpunten en initiatieven" eindwerk, Universitaire Instelling Antwerpen, 1996

². Voir le rapport intitulé "Naar een seksspecifieke en multiculturele gezondheidszorg in de 21 ste eeuw", présenté par le Centre Aletta, en avril 1999 à la Ministre Els Borst.

³. Zie rapport "Naar een seksspecifieke en multiculturele gezondheidszorg in de 21 ste eeuw"

⁴. COM (97) 224 final

En 1998, la Commission européenne a également établi un "Rapport sur l'ostéoporose dans la Communauté européenne".

Ce rapport fait état non seulement de l'évolution de la fréquence de l'ostéoporose mais aussi des conséquences économiques privées et sociales ou publiques des fractures consécutives à l'ostéoporose, de l'état des connaissances actuelles dans les traitements préventifs, etc...

Pour la Belgique, des données semblables sont présentées par le CROSP (Centre de Recherche Opérationnelle en Santé Publique) de l'Institut de Santé Publique: "**Ostéoporose et fractures de la hanche. Etat des connaissances en Belgique et apports d'éléments pour l'élaboration d'une politique de santé**". Le présent avis se fonde largement sur les données de ce dossier.

Un constat: les inégalités de santé entre hommes et femmes.

Bien que les femmes aient une espérance de vie nettement supérieure à celle des hommes, il s'avère qu'elles sont en moins bonne santé que ceux-ci.

En Belgique, pour la première fois en 1997, une enquête générale sur l'état de santé de la population permet d'appréhender des éléments subjectifs et objectifs quant à l'état de santé des hommes et des femmes dans l'ensemble du pays et dans les trois Régions.

Toutes les corrélations utiles à l'analyse en termes de "genre" ne sont malheureusement pas disponibles ou pas directement exploitables. Stefaan Demarest de l'Institut Scientifique de Santé Publique Louis Pasteur a présenté aux membres de la Commission "Genre et Santé" les données les plus significatives⁵.

In 1998 heeft de Europese Commissie ook een rapport samengesteld over osteoporose in de Europese Gemeenschap.

In dat rapport wordt niet alleen en beeld opgehangen van het voorkomen en de frequentie van osteoporose maar ook van de economische gevolgen voor de personen zelf, voor de maatschappij en voor de overheid van de breuken die er het gevolg van zijn, van de huidige stand van onze wetenschap op het stuk van de preventieve behandeling ervan, enz...

Voor België zijn er gelijkaardige gegevens beschikbaar bij het COOV (Centrum Voor Operationeel Onderzoek in Volksgezondheid) van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid: "**Osteoporose en heupfracturen. Huidige toestand en bijdrage van informatie voor het opbouwen van een gezondheidsbeleid**". Het huidige advies is grotendeels gebaseerd op de gegevens uit dit dossier.

Een vaststelling: de ongelijkheden op het stuk van de gezondheid tussen mannen en vrouwen.

Hoewel vrouwen een hogere levensverwachting hebben dan de mannen, zijn zij toch doorgaans in minder goede gezondheid dan eerstgenoemden.

Uit een in 1997 voor het eerst in België uitgevoerd algemeen onderzoek naar de gezondheidstoestand van de bevolking kunnen een aantal subjectieve en objectieve elementen worden afgeleid aangaande de gezondheidstoestand van mannen en vrouwen in het land en in de drie Gewesten.

Alle nuttige correlaties voor de analyse vanuit een genderdimensie zijn jammer genoeg niet beschikbaar of niet direct bruikbaar. Stefaan Demarest van het Wetenschappelijk Instituut Louis Pasteur heeft ten behoeve van de leden van de Commissie "Gender en Gezondheid" de meest betekenisvolle⁵ gegevens op een rijtje gezet.

⁴. J.O. du 21/06/99 C175/68

⁴. Publicatieblad EU van 21/06/99 C175/68

⁵. Documents disponibles auprès de l'Institut Pasteur

⁵. Documenten beschikbaar bij het Pasteur Instituut

Parmi les femmes âgées de plus de 15 ans, 25% se perçoivent en mauvaise santé; plus de 50% déclarent souffrir de troubles ou maladies chroniques (troubles digestifs, maux de dos, allergies, troubles cardiovasculaires, etc...); plus de 20% sont gênées dans leur vie quotidienne par ces affections chroniques; Les femmes font état en moyenne de 6,5 plaintes quant à leur santé; plus de 35% manifestent des signes de problèmes de santé psychique. Elles ont 1,6 fois plus de dépressions que les hommes et utilisent deux fois plus de psychotropes. Elles subissent en moyenne plus d'hospitalisations et consomment plus de médicaments.

Ces résultats sont d'autant plus surprenants que les femmes ont en général des comportements sanitaires plus raisonnables que les hommes. Certes, elles sont moins nombreuses que les hommes à avoir des activités physiques, mais elles sont nettement moins nombreuses à fumer et à consommer de l'alcool. Elles consultent plus fréquemment un médecin généraliste, un spécialiste, un dentiste.

Au vu de ces éléments fort complexes, le Conseil de l'égalité des chances a décidé de procéder par étapes et de rendre des avis partiels sur divers aspects de la politique de santé dans une perspective de genre.

Philosophie générale

Le Conseil se réfère à la philosophie générale de l'Organisation Mondiale de la Santé qui en 1946, dans le préambule de sa constitution considère 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 (...) ses conditions économiques et sociales".

Une politique de santé publique doit donc faire en sorte que les femmes jouissent du meilleur état de santé possible. La discrimination dont elles sont manifestement victimes quant à leur état de santé est probablement le résultat de l'indifférence des pouvoirs publics quant à ces inégalités de santé. La même remarque est applicable aux inégalités sociales de santé.

Le droit à la santé comporte non seulement ce droit primaire à un état de santé le meilleur possible mais également un droit secondaire aux soins de santé. L'égalité d'accès aux soins de santé est mise en péril par l'inégalité de l'état de santé.

Van alle +15-jarige vrouwen acht 25% zich in slechte gezondheid; meer dan 50% verklaart te lijden aan chronische aandoeningen of ziektes (spijsverteringsstoornissen, rugklachten, allergieën, harten vaataandoeningen, enz...); meer dan 20% van hen ondervindt in het dagelijkse leven ook last van die chronische aandoeningen. Gemiddeld hebben de vrouwen 6,5 klachten i.v.m. hun gezondheid; meer dan 35% klaagt over psychische problemen. Zij vertonen 1,6 maal méér depressies dan de mannen en zij verbruiken twee maal méér psychotropen. Gemiddeld worden zij vaker opgenomen in het ziekenhuis en verbruiken zij méér medicijnen.

Die resultaten zijn ook verrassend omdat vrouwen meestal gezondere leefgewoonten hebben dan mannen. Zij doen dan wel doorgaans minder fysieke inspanningen dan mannen maar zij roken en drinken doorgaans minder. Zij raadplegen vaker hun huisarts, een specialist, een tandarts.

De Raad van de Gelijke Kansen heeft, gelet op al die complexe elementen, beslist stapsgewijs te werk te gaan en vanuit een genderdimensie een deeladvies uit te brengen over de diverse aspecten van het gezondheidsbeleid.

Algemene filosofie

De Raad verwijst naar de algemene Wereldgezondheidsorganisatie-filosofie uit 1946, waarin in de preambule van de oprichtingakte wordt gesteld dat elkeen het fundamentele recht heeft op een zo goed mogelijke gezondheid ongeacht de economische of sociale omstandigheden.

Een volksgezondheidsbeleid moet er dan ook op gericht zijn vrouwen een zo goed mogelijke gezondheid te waarborgen. De discriminatie waarvan zij duidelijk het slachtoffer zijn op het stuk van hun gezondheid is waarschijnlijk een gevolg van de onverschilligheid waarmee de overheid die ongelijke gezondheid bejegt. Dezelfde opmerking geldt voor de sociale ongelijkheid in gezondheidskwesties.

Recht op gezondheid omvat niet enkel het primaire recht op een betere gezondheid maar ook het secundair recht op medische verzorging. De gelijke toegang tot medische verzorging wordt in het gedrang gebracht door de ongelijke gezondheidstoestand.

Les femmes recourent manifestement plus fréquemment aux soins et pas seulement à cause de leur rôle reproductif. Leurs dépenses de santé sont alors nécessairement plus importantes, et comme leurs revenus sont, en moyenne, inférieurs, la part des dépenses de santé dans leur budget est aussi plus importante. A ce propos il convient aussi de s'interroger sur le comportement des prescripteurs, il arrive souvent que les problèmes psycho-sociaux des femmes aient des conséquences sur leur santé ou s'expriment en terme de santé de telle sorte que les médecins ont tendance à les traiter médicalement notamment en prescrivant des médicaments. Elles risquent d'entrer ainsi dans le cercle vicieux: être malade rend pauvre et la pauvreté rend malade. Le Conseil de l'Egalité des Chances a déjà souligné cet aspect dans son avis n°12 "Femmes et Pauvreté".

Il rendra successivement des avis sur les points suivants:

- Genre et ostéoporose: une politique spécifique de prévention, l'égalité d'accès aux traitements préventifs et curatifs (le présent avis);
- Genre et santé mentale;
- Genre et handicap;
- Genre et troisième âge;
- Genre et coûts des soins;
- Genre et conditions de travail (santé et sécurité).

1. GENRE ET OSTÉOPOROSE

Définition, risques

"L'ostéoporose est une maladie caractérisée par une faible masse osseuse et de détérioration architecturale du tissu osseux, une fragilité osseuse et une augmentation du risque de fracture. La densité minérale osseuse (DMO) correspond au contenu en Calcium du tissu osseux. Il existe une relation entre l'appauvrissement de l'os en contenu minéral, sa résistance mécanique et le risque de fracture. Après la période de croissance, la masse osseuse atteint son maximum entre l'âge de 20 et 30 ans.

Ce capital osseux est un facteur déterminant dans l'apparition éventuelle d'une ostéoporose à un âge plus avancé. Le capital osseux est déterminé génétiquement (race blanche ou asiatique, antécédents familiaux) et influencé par le régime alimentaire (déficience en calcium et vitamine D) et surtout par l'exercice physique. (...)

La densité minérale osseuse diminue avec l'âge à partir de 40 ans et ce de manière similaire pour les deux sexes; ce phénomène est lié à la résorption osseuse. Le maintien de la masse osseuse est fonction d'un équilibre entre résorption et reconstruction.

Vrouwen doen duidelijk vaker een beroep op medische verzorging en niet enkel wegens hun reproductieve rol. Hun uitgaven liggen daardoor ook hoger en aangezien hun inkomens gemiddeld lager liggen dan die van de mannen, is het gedeelte van hun budget dat zij moeten spenderen aan medische verzorging dan ook hoger. In dit opzicht is het ook aangewezen zich vragen te stellen bij het voorschrijfgedrag van artsen. Het gebeurt dikwijls dat de psycho-sociale problemen van vrouwen een weerslag hebben op hun gezondheid of zich uitdrukken in termen van gezondheid waardoor de artsen de neiging hebben hen medisch te behandelen door hen medicijnen voor te schrijven. Zij lopen aldus het gevaar in een vicieuze cirkel te verzeilen: ziek zijn maakt arm en van arm zijn word je ziek. De Raad heeft dat aspect reeds beklemtoond in zijn advies nr. 12 "Vrouwen en armoede".

De Raad brengt opeenvolgende adviezen uit over de volgende punten:

- Gender en osteoporose: een specifiek voorkomingsbeleid, gelijke toegang tot preventieve en curatieve behandelingen (het huidig advies);
- Gender en mentale gezondheid;
- Gender en handicap;
- Gender en de derde leeftijd;
- Gender en de kostprijs van de medische verzorging;
- Gender en de arbeidsvoorwaarden (gezondheid en veiligheid)

1. OSTEOPOROSE EN GENDER

Definitie – risico's

"Osteoporose is een ziekte die wordt gekenmerkt door een lage botmassa, een architecturale achteruitgang van het botweefsel, broosheid van het bot en een toenemend risico op fractures. De minerale botdensiteit (MBD) stemt overeen met de hoeveelheid calcium in het botweefsel. Er bestaat een verband tussen de afname van mineralen in het bot, de mechanische resistentie van het bot en het risico op fractures. De piekbotmassa wordt bereikt na de groeiperiode, met name tussen het 20ste en 30ste levensjaar.

Deze massa is bepalend voor eventuele osteoporose op latere leeftijd. De botmassa is genetisch bepaald (blank of Aziatisch ras, familiale voorgeschiedenis) en wordt beïnvloed door de voeding (tekort aan calcium en vitamine D) en vooral door lichaamsbeweging. [...]

De minerale botdensiteit neemt zowel bij mannen als vrouwen vanaf hun 40ste levensjaar af als gevolg van een verhoogde botresorptie. De verworven botmassa wordt in stand gehouden als afbraak en opbouw met gelijke snelheid verlopen.

Chez la femme, la résorption est freinée par l'imprégnation oestrogénique mais à la ménopause une perte supplémentaire de densité minérale osseuse vient se rajouter à la perte liée à l'âge. C'est l'ostéoporose post-ménopausique (plus marquée en cas de ménopause précoce); elle entraîne des fractures du poignet et des tassements ou fractures des vertèbres.

La deuxième forme est l'ostéoporose de vieillesse, dont l'homme est également atteint bien que généralement à un âge plus avancé que les femmes. Les fractures les plus fréquentes sont celles de la hanche.

L'ostéoporose secondaire est celle qui apparaît suite à une maladie, une immobilisation prolongée et/ou un traitement médicamenteux e.a. cortisone (op. cit. note 5 p. 4).

En cas d'ostéoporose les risques de fracture sont corrélatifs aux risques de chute: consommation d'alcool ou de psychotropes, troubles de l'équilibre ou de la vue, accidents vasculaires cérébraux, diabète, maladies cardio-vasculaires, marches, tapis glissants, chaussures usées, mauvais éclairage, sols défectueux ou enneigés, etc.

2. Incidence et prévalence (op. cit. note 5, p. 5)

Selon les résultats de l'Enquête de Santé (Belgique, 1997), 3 % des hommes et 15 %⁶ des femmes âgé(e)s de 65 ans et plus souffrent d'ostéoporose. La prévalence est plus élevée à Bruxelles et au Sud du pays qu'au Nord.

Selon cette même enquête, parmi les femmes de 65 ans et plus ayant déclaré souffrir d'ostéoporose, 14,3 % n'ont pas consulté de médecin, 45 % ont consulté un médecin généraliste, 12,5 % ont consulté un spécialiste, 28,3 % ont consulté les deux tandis que plus de 70 % déclarent prendre des médicaments contre cette affection.

⁶ 17 % selon d'autres publications se référant à la même enquête.

⁶ 17 % volgens andere publicaties die naar dezelfde enquête verwijzen.

Bij vrouwen wordt de botafbraak afgeremd door de invloed van oestrogeen op het bot. Tijdens de menopauze treedt dan een bijkomend verlies van minerale botdensiteit op naast de leeftijdsgebonden botafname en spreekt men van "postmenopauzale osteoporose" (die vooral tot uiting komt in geval van een vroegtijdige menopauze); deze vorm van osteoporose leidt tot polsfracturen of wervelverzakkingen.

Een tweede vorm van osteoporose is de ouderdoms osteoporose. Deze treft ook mannen, hoewel doorgaans op latere leeftijd dan bij vrouwen. De ouderdoms osteoporose heeft voornamelijk fracturen van de heup tot gevolg.

Secundaire osteoporose treedt op na ziekte, een lange periode van immobilisatie en/of een behandeling met medicijnen o.a. cortisone. (op. cit. nota 5, blz.4).

Bij osteoporose is het risico op fracturen nauw verbonden met allerlei factoren die het risico op een valpartij vergroten: alcohol, psychotrope geneesmiddelen, evenwichts- en gezichtsstoornissen, cerebrovasculaire ongevallen, diabetes, cardiovasculaire aandoeningen, trappen, glijdende tapijten, versleten schoeisel, onaangepaste verlichting, besneeuwde of slecht begaanbare oppervlakten, enz...

2. Incidentie en prevalentie (op. cit. nota 5, blz.5)

Uit de Gezondheidsenquête (België, 1997) blijkt dat 3% van de mannen en 15%⁶ van de vrouwen van 65 jaar en ouder aan osteoporose lijden. In Brussel en in het zuiden van het land is de prevalentie hoger dan in het noorden.

Diezelfde enquête leert ook dat 14,3% van de vrouwen van 65 jaar en ouder die verklaard hebben dat ze aan osteoporose lijden geen geneesheer heeft geraadpleegd. 45% van hen heeft een huisarts geraadpleegd, 2,5% een specialist en 28,3% beiden, terwijl meer dan 70% van hen zegt geneesmiddelen te nemen tegen deze aandoening.

Il n'existe pas de données sur la fréquence des chutes en Belgique. Selon des études internationales, un tiers environ des personnes âgées de 65 ans et plus font au moins une chute par an.

Ces chutes s'accompagnent de fractures dans 5 % des cas.

Ce sont les fractures de la hanche qui entraînent les conséquences les plus lourdes: 10 à 20 % de décès; parmi les survivants, 20 à 60 % seulement retrouvent leur niveau initial d'indépendance; 15 à 25 % entrent en institution; 25 à 35 % retournent chez eux mais demeurent dépendants d'une aide.

3. Tendance (op. cit. note 5, p. 6)

Le nombre de cas de fractures ostéoporotiques de la hanche est en augmentation depuis ces dernières décennies et va selon toute vraisemblance augmenter encore. La cause principale de cette augmentation est l'accroissement du nombre de personnes âgées et très âgées. Si les taux d'incidence spécifiques par tranches d'âges restent équivalents, on passerait de 9.000 cas de fractures de la hanche en 1995 à 14.000 cas en 2020.

Si on se base sur l'analyse du RCM (Résumé Clinique Minimum), le nombre d'admissions pour fractures de la hanche continue à augmenter (+ 9 % en 5 ans) mais la durée moyenne d'hospitalisation par fracture a diminué; elle est actuellement de 21 jours.

4. Coût social

Le coût social moyen d'une hospitalisation pour fracture de la hanche est estimé à près de 350.000 frs et le coût social moyen des services extrahospitaliers est estimé à 280.000 frs, ce qui représenterait, selon le document cité, une dépense totale de quelque 8 milliards par an pour toute la Belgique. Il est possible que cette estimation soit un peu surfaite mais le montant total atteint certainement plusieurs milliards.

Er zijn geen gegevens over de frequentie van de valpartijen in België bekend, maar internationale studies tonen aan dat nagenoeg een derde van de personen van 65 jaar en ouder minstens één keer per jaar valt.

In 5% van de gevallen heeft dit fracturen tot gevolg.

Heupfracturen hebben de zwaarste gevolgen: in 10 tot 20% van de gevallen overlijdt de betrokkene; slechts 20 tot 60% van de overlevenden wordt even onafhankelijk als tevoren; 15 tot 25% dient in een instelling te worden opgenomen en 25 tot 35% kan naar huis terugkeren maar blijft hulpbehoevend.

3. Tendens (op.cit.nota 5, blz.6)

Het aantal osteoporosegebonden heupfracturen neemt sinds enkele decennia toe en zal hoogstwaarschijnlijk nog toenemen. Deze tendens is in hoofdzaak te wijten aan de vergrijzing. Indien de specifieke incidentiepercentages voor elke leeftijdscategorie vergelijkbaar blijven, dan stijgt het aantal heupbreuken van 9.000 in 1995 naar 14.000 in 2020.

Uitgaande van de MKG (Minimale Klinische Gegevens) blijkt dat het aantal patiënten dat in een ziekenhuis wordt opgenomen met een heupbreuk blijft stijgen (+9% in 5 jaar), terwijl de gemiddelde duur van de ziekenhuisopname per breuk verminderd is en thans 21 dagen bedraagt.

4. Sociale kosten

De gemiddelde sociale kosten van een ziekenhuisopname voor een heupbreuk en van de bijkomende diensten worden geschat op respectievelijk ongeveer 350.000 BEF en 280.000 BEF, wat volgens het aangehaalde document neerkomt op een jaarlijkse totale uitgave van ongeveer 8 miljard voor heel België. Dit cijfer is misschien enigszins overdreven, maar vast staat dat de totale kosten toch enkele miljarden bedragen.

5. Le coût à charge du patient

Plus préoccupante encore est la dépense totale qui reste à charge du patient. Selon les données fournies par la Mutualité chrétienne, en cas de fracture de la hanche, le coût moyen (établi à partir de 6.517 cas) restant à charge du patient s'établit à 49.296 frs. Le matériel de synthèse représente à lui seul un coût moyen de 24.062 frs, soit 49 % de la dépense totale à charge du patient. Les autres postes importants qui dans une telle opération restent à charge du patient concernent le prix de journée (11 %), les médicaments non remboursés (6 %), les suppléments pour la chambre (12 %) et les "autres coûts" (13 %).

Pour une opération orthopédique du genou, le profil de la dépense à charge du patient est à peu près équivalent mais pour l'ensemble des membres des mutualités chrétiennes, les opérations de prothèse de la hanche représentent 62 % des cas des cinq principales opérations orthopédiques (celles du genou représentent seulement 26,2 % des cas).

Les Mutualités socialistes ont fourni des données qui attirent l'attention sur l'écart énorme qui existe entre les établissements hospitaliers. En ce qui concerne la dépense qui reste à charge du patient en cas de fracture de la hanche, le montant le plus bas est de 3.068 frs et le montant le plus élevé de 47.731 frs. Sur 55 établissements hospitaliers soumis à examen, on a constaté que 5 seulement ont demandé au patient une contribution personnelle de moins de 10.000 frs.

Les résultats en cas d'opération orthopédique du genou sont encore plus étonnants: la contribution personnelle la moins élevée était de 4.744 frs et la part la plus élevée de 88.204 frs. Sur 47 établissements hospitaliers soumis à examen, on a constaté que 3 seulement ont demandé au patient une contribution personnelle de moins de 10.000 BEF.

Bien qu'il soit question d'incorporer les prothèses de la hanche dans l'article 35 de la nomenclature et donc d'en assurer le remboursement (hors marge de délivrance), le Conseil de l'Egalité des Chances entre hommes et femmes veut attirer l'attention sur l'importance de cette dépense qui atteint prioritairement les femmes dont les revenus sont, dans l'ensemble, plus défavorables que ceux des hommes.

5. De kosten ten laste van de patiënt

Het beeld van de totale kosten ten laste van de patiënt is nog alarmerender. De gegevens van de Christelijke Mutualiteit wijzen uit dat bij een heupbreuk de gemiddelde kosten (opgemaakt op basis van 6.517 gevallen) ten laste van de patiënt 49.296 BEF bedragen. De gemiddelde kostprijs van het synthesemateriaal alleen al bedraagt 24.062 BEF, wat overeenkomt met 49% van de totale uitgaven ten laste van de patiënt. De andere grote posten die bij een dergelijke operatie ten laste van de patiënt vallen, zijn de dagprijs (11%), de niet-terugbetaalde geneesmiddelen (6%), de supplementen voor de kamer (12%) en de "andere kosten" (13%).

Voor een orthopedische knie-operatie is het profiel van de uitgaven ten laste van de patiënt vrijwel hetzelfde, doch bij de leden van de christelijke ziekenfondsen zijn de operaties waarbij een heupprothese wordt aangebracht goed voor 62% van de vijf meest voorkomende orthopedische operaties (de operatie waar een knieprothese wordt aangebracht komt slechts in 26,2% van de gevallen voor).

Gegevens afkomstig van de Socialistische ziekenfondsen geven enorme afwijkingen tussen de verschillende ziekenhuizen te zien. Het laagste bedrag ten laste van een patiënt met een heupbreuk beliep 3.068 BEF, het hoogste 47.731 BEF. Slechts 5 van de 55 ondervraagde ziekenhuizen vroeg van de patiënt een persoonlijk aandeel van minder dan 10.000 BEF.

De cijfers voor een orthopedische knie-operatie zijn nog verbazender: het laagste persoonlijk aandeel van de patiënt bedroeg 4.744 BEF, het hoogste 88.204 BEF. Slechts 3 van de 47 ondervraagde ziekenhuizen vroegen van de patiënt een persoonlijk aandeel van minder dan 10.000 BEF.

Hoewel er sprake van is om de heupprothesen op te nemen onder artikel 35 van de nomenclatuur zodat de terugbetaling ervan verzekerd is (buiten de leveringsmarge), wil de Raad van de Gelijke Kansen wijzen op de omvang van deze uitgave, die in de eerste plaats vrouwen treft en wier inkomen doorgaans lager ligt dan dat van de man.

Il rappelle, ce qu'il avait déjà évoqué dans son Avis n° 12 "Femmes et pauvreté" (en date du 11 octobre 1996) à savoir que, d'une manière générale, l'abaissement du ticket modérateur constituait une protection pour les revenus les plus faibles. Les interactions complexes entre santé et pauvreté doivent une nouvelle fois être rappelées. Une dépense de santé importante risque de précipiter dans la pauvreté les personnes qui sont dans la frange de l'insécurité d'existence. Les personnes dont les revenus sont faibles ont tendance à se faire trop peu soigner ou à se faire soigner trop tardivement.

6. Prévention

Jusqu'à un passé récent, la prévention de l'ostéoporose était concentrée autour de la ménopause et des années suivantes. Un très grand nombre de femmes se voient, à cette période de la vie, prescrire un THS (traitement hormonal de substitution). Aujourd'hui, les conceptions évoluent par suite de deux types de considérations.

Premièrement, la préoccupation la plus importante tourne autour de la formation de la masse osseuse et la période de la vie où celle-ci se constitue: elle se déplace donc vers une prévention primaire.

Deuxièmement, le THS est petit à petit remis en question: son efficacité est moins certaine et les risques secondaires semblent plus importants qu'initialement prévus. Il s'agit d'un aspect de la prévention secondaire.

La prévention primaire concerne tous les efforts à mettre en œuvre pour que tous les jeunes, les femmes surtout, acquièrent un "pic osseux" maximum à la fin de la période de la croissance et pour ensuite limiter autant que possible la perte osseuse jusqu'à la ménopause. Cette prévention primaire consiste essentiellement en trois types de mesures.

La pratique régulière d'un exercice physique dès le jeune âge doit contribuer à la constitution d'une masse osseuse importante à la fin de l'adolescence, ensuite un niveau suffisant d'exercice physique régulier doit contribuer à prévenir la perte osseuse.

Une alimentation riche en calcium et un apport suffisant en vitamines D sont nécessaires tout au long de la vie (des suppléments doivent éventuellement être envisagés pour les personnes plus âgées).

Il convient de réduire la consommation d'alcool et de tabac ou de maintenir une consommation faible.

De Raad wijst op hetgeen hij reeds in zijn Advies nr. 12 "Vrouwen en armoede" heeft gesteld, namelijk dat de verlaging van het remgeld over het algemeen de laagste inkomens zou beschermen. Ook dient nogmaals te worden gewezen op de complexe wisselwerking tussen gezondheid en armoede. Een aanzienlijke uitgave voor geneeskundige verzorging dreigt diegenen die op de rand van de bestaansonzekerheid leven in de armoede te duwen. Mensen met een laag inkomen hebben de neiging om zich al te zelden of veel te laat te laten verzorgen.

6. Preventie

Tot voor kort was de preventie van osteoporose gericht op de menopauze en de daaropvolgende jaren. Talrijke vrouwen kregen tijdens die fase een SHB (substitutieve hormoonbehandeling) voorgeschreven. Thans is de aanpak geëvolueerd op basis van twee zienswijzen.

Ten eerste gaat de meeste aandacht uit naar de opbouw van de botmassa en de levensfase waarin deze wordt gevormd; deze zogenoemde primaire preventie treedt aldus meer en meer op het voorplan.

Ten tweede wordt de SHB meer en meer in vraag gesteld: de doeltreffendheid ervan staat minder vast en de bijkomende risico's lijken groter dan aanvankelijk werd gedacht. Het gaat hierbij om een aspect van de secundaire preventie.

De primaire preventie behelst alle inspanningen die moeten worden opgezet om ervoor te zorgen dat de jongeren en vooral vrouwen een maximale botmassa aan het eind van de groeiperiode zouden ontwikkelen en botverlies tot de menopauze zoveel mogelijk wordt tegengegaan. De primaire preventie omvat in hoofdzaak drie soorten maatregelen.

Regelmatige lichaamsbeweging vanaf jonge leeftijd moet bijdragen tot de opbouw van een aanzienlijke botmassa aan het eind van de adolescentie. Daarna moet voldoende lichaamsbeweging botverlies tegengaan.

Voeding die rijk is aan calcium alsook voldoende vitamine D blijven steeds noodzakelijk (eventueel moeten voor bejaarden supplementen worden overwogen).

Alcohol en rookartikelen dienen te worden beperkt of nog slechts in geringe mate genuttigd.

Au niveau de la prévention primaire, les jeunes filles devraient faire l'objet d'une attention toute particulière. En effet, selon toutes les informations actuellement disponibles, elles pratiquent moins d'exercices physiques réguliers que les jeunes gens. Leur consommation de tabac, voire d'alcool augmenterait sensiblement. Enfin le souci de minceur (les "régimes pour maigrir") et à fortiori l'anorexie et la modification des habitudes alimentaires diminuent la consommation de lait et autre aliments riches en calcium.

La prévention secondaire concerne principalement la population féminine en âge pré-ménopausique et ménopausique. L'efficacité du THS est aujourd'hui soumise à une révision: il semble que le traitement ne soit efficace que lorsqu'il est prolongé pendant une longue période (7 à 10 ans selon les études), à doses assez importantes et que cette efficacité est perdue assez rapidement après la cessation du traitement.

Or les risques liés à un tel traitement sont réévalués à la hausse particulièrement en ce qui concerne le cancer du sein. Par rapport aux femmes non traitées, le risque serait de 20 % supérieur pour les femmes soumises à un THS à base d'oestrogènes et de 40 % supérieur pour celles soumises à un traitement combiné d'oestrogènes et progestérones⁷.

Pour les femmes qui sont soumises à un THS, il convient de souligner le coût lié à la durée du traitement et pour certains médicaments, aux faibles taux de remboursement.

7. Diagnostic et traitements curatifs

Actuellement, il n'est pas conseillé de pratiquer, chez toutes les femmes en début de ménopause, un dépistage systématique par ostéodensitométrie osseuse.

Toutefois, il est vivement conseillé d'identifier toutes les personnes (hommes ou femmes) à risques (confrontation avec un certain nombre d'indicateurs). Celles qui présentent un risque positif auront intérêt à subir un examen d'ostéodensitométrie osseuse.

Certains traitements médicaux (utilisation de corticoïdes) et certaines circonstances particulières (immobilisation prolongée) entraînent un risque spécifique d'ostéoporose.

In het raam van de primaire preventie moet in het bijzonder aandacht worden besteed aan meisjes. Volgens de thans beschikbare gegevens doen ze minder vaak aan lichaamsbeweging dan jongens. Het aantal meisjes dat rookt en zelfs alcohol drinkt, zou aanzienlijk zijn toegenomen. Ten slotte leiden het slankheidsideaal (diëten), de veranderde eetgewoontes en a fortiori anorexia tot een vermindering van de consumptie van melk en andere voedingsmiddelen die rijk zijn aan calcium.

De secundaire preventie is vooral gericht op de vrouwelijke bevolkingsgroep die in de fase van de premenopauze en menopauze verkeert. Thans wordt de doeltreffendheid van de SHB in vraag gesteld: de behandeling zou pas resultaat hebben wanneer ze gedurende een lange periode (7 tot 10 jaar volgens de studies) wordt toegepast en in grote doses wordt toegediend; ook zou het heilzaam effect ervan al spoedig na de stopzetting verdwijnen.

Nu is vastgesteld dat er veel meer risico's zijn verbonden aan een dergelijke behandeling, vooral wat borstkanker betreft. Vergeleken bij vrouwen die geen behandeling hebben ondergaan, zou het risico voor vrouwen die een SHB op basis van oestrogeen ondergaan, 20% hoger liggen en 40% hoger bij vrouwen die een gecombineerde behandeling met oestrogeen en progesteron hebben ondergaan⁷.

Wat betreft de vrouwen die een SHB hebben ondergaan, dient de aandacht te worden gevestigd op de kosten die de duur van de behandeling met zich brengt alsook op de geringe terugbetaling van sommige geneesmiddelen.

7. Diagnose en curatieve behandelingen

Thans wordt het niet aangeraden om vrouwen die in het begin van de menopauze verkeren een systematische opsporing via botodensitometrie te laten ondergaan.

Toch wordt het sterk aangeraden om (mannelijke of vrouwelijke) risicopersonen te evalueren (toetsing aan een bepaald aantal indicatoren). Personen met een positief risico hebben er alle belang bij om een botodensitometrisch onderzoek te ondergaan.

Bepaalde medische behandelingen (aanwending van corticoïden) en bijzondere omstandigheden (langdurige immobilisatie) brengen een specifiek risico op osteoporose mee.

⁷. Voir résultats des recherches du Dr. Catherine Schairer de l'Institut National du Cancer de Rockville (Maryland) récemment publié dans le Journal of the American Association (voir Le Soir, 28 janvier 2000).

⁷. Zie de onderzoeksresultaten van Dr. Catherine Schairer van het National Institute for Cancer of Rockville (Maryland), die onlangs zijn verschenen in The Journal of the American Medical Association (Le Soir, 28 januari 2000).

Le Conseil de l'Égalité des Chances entre hommes et femmes fait observer que depuis le 1^{er} avril 1997, cet examen a été retiré de la nomenclature des prestations de santé de telle sorte qu'il n'est plus remboursé actuellement. Il s'étonne de constater qu'un outil diagnostique, relativement coûteux, appliqué presque exclusivement à des femmes puisse ainsi être mis entièrement à leur charge.

L'administration de calcitonine et de diphosphonates permettent d'inhiber la résorption osseuse. Ces médicaments sont soumis à la prescription médicale et certains d'entre eux à l'autorisation du médecin-conseil.

Ils sont très coûteux et, bien que remboursés en catégorie b, ils laissent à charge du patient une dépense importante (par ex. de plus de 160 frs par jour pour l'administration de calcitonine en spray nasal) qui peut s'étaler sur plus d'une année.

Une telle dépense doit retenir toute l'attention des responsables de la politique de santé. Il convient, en effet, que l'accès aux soins pour des morbidités qui concernent plus spécifiquement les femmes ne soit pas plus inabordable que pour l'ensemble de la population ou que pour les soins de santé en général. Par contre, lorsqu'un médicament est prescrit pour le traitement d'une maladie, il n'est pas admissible que son remboursement soit réservé à l'un des deux sexes, comme c'est le cas actuellement pour le Fosamax par exemple: il s'agit en effet, dans ce cas, d'une discrimination directe⁸.

8. Prévention des chutes

Les dangers de l'ostéoporose se manifestent particulièrement en cas de chutes. Celles-ci entraînent fréquemment des fractures dont la fracture de la hanche.

De Raad van de Gelijke Kansen merkt op dat dit onderzoek sinds 1 april 1997 uit de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen is geschrapt en als zodanig niet langer wordt terugbetaald. Hij verbaast zich erover dat een veeleer duur diagnosemiddel, dat bijna uitsluitend bij vrouwen wordt aangewend, aldus geheel te hunner laste valt.

De toediening van calcitonine en bifosfonaten remt de botresorptie af. Voor deze geneesmiddelen is een geneeskundig voorschrift vereist, en voor sommige ervan de toestemming van de adviserend geneesheer.

Ze zijn zeer duur en hoewel de terugbetaling ervan onder categorie b valt, blijft het bedrag ten laste van de patiënt aanzienlijk hoog (bijv. meer dan 160 BEF per dag voor de toediening van calcitonine in de vorm van een neusspray) en dat soms gedurende meer dan een jaar lang.

De verantwoordelijken voor het gezondheidsbeleid dienen zich bewust te zijn van een dergelijke uitgave. De toegang tot de verzorging van typische vrouwenziekten mag immers niets meer kosten dan het geval is voor de hele bevolking of voor de geneeskundige verzorging in het algemeen. Wanneer een geneesmiddel is voorgeschreven voor de behandeling van een aandoening is het daarentegen ontoelaatbaar dat de terugbetaling ervan voorbehouden is voor een van beide geslachten, zoals dat thans bijvoorbeeld het geval is voor Fosamax: hier is sprake van een vorm van directe discriminatie⁸.

8. Preventie van valpartijen

De gevaren van osteoporose treden in het bijzonder op de voorgrond bij valpartijen, die veelvuldig aanleiding geven tot fracturen, waaronder heupfracturen.

⁸ Contrevenant à la Directive 79/7 sur l'égalité de traitement en matière de sécurité sociale.

⁸ Overtreding van Richtlijn 79/7 betreffende de gelijke behandeling inzake sociale zekerheid..

Il importe donc d'exercer une action préventive spécifique à l'égard du risque de chute particulièrement pour les personnes âgées.

Il reste toujours nécessaire de pratiquer des exercices physiques qui maintiennent ou restaurent la force musculaire, le sens de l'équilibre et la coordination des mouvements.

Les personnes qui se trouvent en institution sont particulièrement fragilisées parce que leur mobilité est beaucoup trop réduite.

Il convient également de surveiller tous les problèmes de santé ayant une incidence sur le risque de chute: vertiges, diabète, hypertension, dépression, démence, etc.

Un contrôle régulier de l'acuité visuelle et auditive devrait être assuré.

Il convient d'être attentif aux effets secondaires de certains médicaments et aux risques liés à la consommation de tranquillisants et sédatifs.

La consommation d'alcool est un facteur de risque.

L'aménagement du cadre de vie devrait faire l'objet d'une attention particulière: éclairage insuffisant notamment la nuit, marches peu visibles, escaliers, tapis adhérent mal au sol, objets à terre, meubles non fixés, chaussures usagées et semelles glissantes....

Enfin, il convient d'apporter une attention particulière aux changements de climat (période des neiges et verglas), aux feuilles mortes par temps de pluie, au mauvais état des trottoirs ...

9. Conclusions et Recommandations du Conseil de l'Egalité des Chances entre hommes et femmes

Le présent avis concerne principalement les Ministres qui au niveau fédéral et communautaire ont la politique de santé et la politique de prévention dans leurs compétences. Il s'adresse également aux Ministres qui, à tous les niveaux de pouvoir, ont les affaires sociales dans leurs compétences.

En ce qui concerne le diagnostic et le traitement de l'ostéoporose, le Conseil demande que la contribution personnelle au coût de la prévention et du traitement de

Er moet dan ook worden overgegaan tot specifieke preventiemaatregelen met betrekking tot het risico op valpartijen, en dan vooral bij bejaarden.

Lichaamsbeweging ter behoud of verbetering van de spierkracht, de evenwichtszin en de coördinatie van de bewegingen blijven absoluut nodig.

Diegenen die verblijven in een instelling hebben een bijzonder broos gestel omdat hun mobiliteit te beperkt is.

Gezondheidsproblemen die een verhoogd risico op valpartijen meebrengen zoals duizeligheid, diabetes, verhoogde bloeddruk, depressie, dementie, enz. dienen eveneens te worden opgevolgd.

Een regelmatige controle van het gezichts- en gehoorvermogen is vereist.

Men dient ook rekening te houden met de bijwerkingen van bepaalde geneesmiddelen en de andere risico's die gepaard gaan met de inname van kalmerende middelen en slaapmiddelen.

Ook alcoholverbruik vormt een risicofactor.

Aan de inrichting van de leefomgeving dient bijzondere aandacht te worden besteed: onvoldoende nachtverlichting, weinig zichtbare treden, trappen, slecht bevestigde tapijten, rondslingerende voorwerpen, losstaande meubels, versleten schoeisel en gladde zolen, enz. zijn uit den boze.

Ten slotte dient ook rekening te worden gehouden met de verandering van de weersomstandigheden (periode van sneeuw en ijzel), rotte bladeren, de slechte staat van de voetpaden...

9. Conclusies en Aanbevelingen van de Raad van de Gelijke Kansen

Dit advies is in de eerste plaats gericht aan de ministers die op federaal en gemeenschapsniveau bevoegd zijn voor het gezondheids- en preventiebeleid. Het advies is daarnaast bedoeld voor de ministers die bevoegd zijn voor sociale zaken.

Aangaande de diagnose en de behandeling van osteoporose vraagt de Raad dat het persoonlijk aandeel in de kosten van de preventie en behandeling van

l'ostéoporose ainsi que la contribution aux opérations orthopédiques liées à cette maladie soient nettement réduite.

Il rappelle que cette pathologie concerne principalement les femmes, que celles-ci ont en moyenne des revenus nettement moins élevés que les hommes. A dépenses de soins égales, la part de leur budget qui est consacrée aux soins est déjà plus importante que pour les hommes, ce qui entraîne une inégalité d'accès aux soins et d'autres effets pervers. De plus, dans le cas présent, il s'agit d'une pathologie plus spécifiquement féminine qui entraîne des dépenses particulièrement importantes pour les femmes.

L'ostéodensitométrie osseuse doit donc être réintroduite dans la nomenclature et remboursée.

Lorsque le diagnostic s'avère positif (niveau à définir), l'ostéoporose doit être considérée comme une maladie chronique et bénéficier des améliorations financières liées à celles-ci.

Un meilleur remboursement des prestations kinésithérapeutiques à long terme doit être assuré.

Les médicaments et particulièrement ceux qui nécessitent l'autorisation du médecin-conseil doivent pouvoir bénéficier d'un meilleur remboursement (catégorie A). Ce remboursement doit être assuré dans les mêmes conditions aussi bien aux hommes qu'aux femmes.

Les prothèses de la hanche doivent être incorporées dans l'article 35 de la nomenclature: le remboursement quasi complet devrait être assuré pour une prothèse type (principe du "produit blanc").

En ce qui concerne la prévention primaire, le Conseil demande aux Ministres compétents de déplacer vers l'adolescence les campagnes d'information adéquates et de faire réaliser les recherches nécessaires pour découvrir les moyens de motiver les jeunes-filles à faire d'avantage d'exercice physique⁹ et les moyens à mettre en œuvre pour que les femmes adultes conservent des activités physiques régulières.

osteoporose alsook van de orthopedische operaties die verband houden met deze ziekte sterk zou worden verminderd.

Hij wijst erop dat deze aandoening voornamelijk vrouwen treft en dat hun inkomen gemiddeld lager is dan dat van de man. Met gelijkwaardige uitgaven voor verzorging is het deel van hun budget dat besteed wordt aan geneeskundige verzorging reeds groter dan bij de man, hetgeen leidt tot ongelijkheid inzake toegang tot geneeskundige verzorging en nog andere nefaste gevolgen. Daarenboven gaat het hier meer om een typisch vrouwelijke aandoening die voor de vrouw zware uitgaven meebrengt.

De osteodensitometrie dient aldus opnieuw in de nomenclatuur te worden opgenomen en terugbetaald.

Wanneer de diagnose positief blijkt (niveau te bepalen), dient osteoporose te worden beschouwd als een chronische ziekte en dienen de hieraan verbonden financiële voordelen ook voor osteoporose te gelden.

Er dient te worden gezorgd voor een betere terugbetaling van de langdurige kinesitherapeutische verstrekkingen.

Voor de geneesmiddelen en met name degene waarvoor de toestemming van de adviserend geneesheer is vereist, dient een gunstiger terugbetaling te gelden (categorie A). Deze terugbetaling moet voor mannen en vrouwen onder dezelfde voorwaarden gebeuren.

Heupprothesen moeten worden opgenomen onder artikel 35 van de nomenclatuur : de vrijwel volledige terugbetaling moet worden verzekerd voor een standaardprothese (principe van het "witte product").

Wat betreft de primaire preventie vraagt de Raad de bevoegde ministers om de passende voorlichtingscampagnes voortaan op de adolescentiejaren te concentreren en het nodige onderzoek te laten verrichten naar de formules die meisjes ertoe aanzetten meer aan lichaamsbeweging⁹ te doen enerzijds en ervoor zorgen dat volwassen vrouwen regelmatig aan lichaamsbeweging blijven doen anderzijds.

⁹. Trouver les exercices qui les attirent – danse, athlétisme, natation?- et y consacrer les mêmes financiers et médiatiques qu'au football et aux autres activités qui attirent les jeunes garçons.

⁹. op zoek gaan naar oefeningen die hen interesseren - dans, atletiek, zwemmen ?- met aanwending van dezelfde financiële en publicitaire middelen als voor het voetbal en andere activiteiten die jongens aantrekken