

synthèse



Avec les conditions de mortalité observées à chaque âge actuellement, les femmes nées en France peuvent espérer vivre en moyenne 84,4 ans. Cette espérance de vie à la naissance est l'une des plus élevées au monde et très supérieure à celle des hommes (77,5 ans). Cependant, la différence est moindre pour les années de vie en bonne santé (64,1 ans chez les femmes et 62,7 ans chez les hommes). De façon générale, la mortalité des femmes aux différents âges de la vie est plus faible que celle des hommes. Les raisons de l'avantage féminin sont largement débattues : avantage biologique, recours aux soins plus fréquent et plus forte implication dans la prévention... Depuis deux décennies, cet avantage a toutefois commencé à se réduire, les hommes rattrapant peu à peu leur retard. Malgré ces différences en faveur d'un meilleur état de santé des femmes, la perception de leur état de santé, leur consommation de soins et la déclaration de maladies les placent en position défavorable. Les femmes se perçoivent toujours en moins bon état de santé et déclarent en moyenne plus de maladies que les hommes. Le nombre moyen de médicaments consommés et la consommation de soins sont également plus élevés que chez les hommes et cet écart semble se creuser. Ces différences s'expliquent en partie par un effet de structure d'âge – les femmes vivant plus longtemps que les hommes – ainsi que par des recours aux soins spécifiques, notamment en gynécologie-obstétrique. Les hospitalisations plus fréquentes pour les femmes sont à rapporter aux grossesses et à leur espérance de vie plus élevée que celle des hommes.

En dépit de l'amélioration de l'espérance de vie, les inégalités sociales de mortalité sont persistantes. À l'instar des hommes, mais à un degré moindre, les femmes cadres ont une espérance de vie à 35 ans plus élevée que celle des femmes ouvrières. Le différentiel est en moyenne de trois ans. En outre, plus l'espérance de vie est courte, plus celle-ci est grevée d'incapacités fonctionnelles. Mais, contrairement à ce qui est observé chez les hommes pour lesquels les disparités s'accroissent dans le temps, l'espérance de vie semble progresser de manière homogène pour les différents groupes sociaux chez les femmes. Il existe également un très fort gradient social de la perception de l'état de santé. Quel que soit l'indicateur social observé, revenu ou groupe social, les femmes les moins favorisées socialement se déclarent toujours en moins bon état de santé. Ainsi, disposant de revenus modestes, souvent peu diplômées, exposées au chômage, les femmes bénéficiaires de la couverture médicale universelle complémentaire cumulent les facteurs de fragilité économique. Elles sont plus nombreuses à déclarer un état de santé dégradé que les femmes avec ou sans couverture complémentaire et ce, à tous les âges.

Le renoncement à des soins pour raisons financières est le résultat de la confrontation d'une demande de soins et de la capacité à la financer. Il est plus élevé chez les femmes (16,5%) que chez les hommes (11,7%) et reste important malgré la mise en place de la couverture maladie universelle et du chèque santé. Ces renoncements concernent essentiellement les soins dentaires et d'optique peu remboursés par l'Assurance maladie, mais également les soins de spécialistes sujets aux dépassements (ophtalmologiste, gynécologues et dermatologues). Ce sont les ménages les plus pauvres et sans couverture complémentaire santé qui sont les premiers touchés par le renoncement.

■ SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE, PÉRINATALITÉ

Avec plus de 800 000 naissances par an, la France fait partie des pays industrialisés dans lesquels la fécondité est particulièrement soutenue. Elle est devenue, devant l'Irlande, le pays le plus fécond d'Europe. L'indice conjoncturel de fécondité s'établit aujourd'hui à 2 enfants en moyenne par femme et la descendance en fin de vie féconde est de 2,14 enfants par femme.

Le plan Périnatalité 2005-2007 :

une nouvelle approche autour de la « sécurité émotionnelle »

Les plans Périnatalité, depuis le premier en 1971, se sont naturellement structurés dans un premier temps autour de la baisse de la mortalité périnatale, avec des objectifs en termes d'amélioration de la surveillance prénatale et périnatale. De ce point de vue, les progrès techniques réalisés en obstétrique et en néonatalogie mais aussi l'amélioration de la surveillance prénatale ont conduit à une amélioration de la situation sanitaire environnant la naissance. La baisse des indicateurs d'infections périnatales rend compte de l'impact positif des actions de prévention mises en place en France pour limiter le nombre d'infections transmises de la mère à l'enfant pendant la grossesse ou l'accouchement. En replaçant la santé de la mère au centre de ses préoccupations, le plan 2005-2007 s'inscrit dans une relative rupture par rapport à ceux qui l'ont précédé et qui ten-

daient à restreindre la notion de « grossesse à risque de complications » au seul point de vue de l'enfant. Cette approche nouvelle de la périnatalité vise à trouver un point d'équilibre entre d'une part, sécurité de prise en charge et, d'autre part, humanité et proximité de l'offre de soins. Le plan vise en particulier à mieux répondre aux différentes attentes des usagères et à permettre à chacune un égal accès à des soins adaptés, tout en assurant la sécurité émotionnelle, médicale et sociale.

Des disparités sociales préoccupantes dans le suivi des grossesses

La grossesse et l'accouchement représentent près d'un tiers des séjours en soins de courte durée en médecine, chirurgie, gynécologie-obstétrique (MCO) chez les femmes de 15 à 44 ans. Aujourd'hui, les femmes se disent globalement satisfaites de leur suivi de grossesse et du déroulement de leur accouchement, mais des progrès peuvent encore être accomplis en matière de conseils et d'informations pour préparer la sortie de la maternité. Le niveau de satisfaction exprimé par les usagères dépend surtout des contraintes (médicales, financières ou de niveau d'offre de soins) qui pèsent sur leur choix et des éventuelles complications intervenues au cours de la grossesse. La précarité et la pauvreté apparaissent particulièrement associées à des suivis de grossesse insuffisants voire inexistantes. La réduction des inégalités est un enjeu important et appelle une attention spécifique lors de l'évaluation du plan périnatalité puisque la mise en place de l'entretien du quatrième mois propose en particulier un soutien renforcé aux femmes et aux couples en situation de précarité.

Faire évoluer l'organisation des soins dans le champ périnatal et de la reproduction

L'âge moyen à la maternité augmente régulièrement. Il s'établit à 29,8 ans en 2007 et 21 % des naissances concernent aujourd'hui des femmes âgées de 35 ans ou plus. Le nombre des naissances multiples (jumeaux, triplés...) est par ailleurs en augmentation continue depuis une vingtaine d'années. Cette évolution s'explique en particulier par l'augmentation des maternités tardives qui donnent plus souvent lieu à des naissances multiples, en lien notamment avec le recours aux techniques d'aide à la procréation. Environ 5 % des naissances font suite à une conception qui a été aidée médicalement.

Avec l'augmentation continue de l'âge à la maternité et les mutations économiques et sociales que connaît la société française, il faut donc rester vigilant quant à l'émergence ou au développement de nouveaux problèmes de santé pour les femmes. Le nombre de grossesses à risque est en augmentation. Les difficultés à concevoir risquent de s'accroître tandis que les grossesses extra-utérines et les décès maternels évitables demeurent encore trop fréquents.

■ SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE : L'IMPORTANCE DU CONTEXTE SOCIAL

Pour l'OMS, la santé sexuelle et reproductive se réfère non seulement à l'absence de dysfonctions, de maladies ou de problèmes de santé liés à la sexualité (infertilité, avortement, infections sexuellement transmissibles, etc.) mais d'une manière plus générale à un processus continu de bien-être physique, psychologique et socio-culturel associé à la sexualité. On est ainsi passé en quelques décennies d'une analyse centrée sur la santé des femmes en tant que mères, à une perspective s'intéressant aux femmes et aux hommes impliqués dans le processus de reproduction, puis à une approche globale de la sexualité et des risques qui lui sont associés. Le concept de « santé sexuelle et reproductive » est aujourd'hui utilisé pour orienter les programmes de planification familiale, de prévention et de prise en charge des infections sexuellement transmissibles (IST) et du VIH, des violences sexuelles, des dysfonctions sexuelles et des maladies de l'appareil génital. Le champ est donc extrêmement vaste. Dans la perspective théorique des rapports sociaux de sexe (ou rapports de genre), le dossier consacré à ce thème explore plus particulièrement certains enjeux contemporains de la santé sexuelle et reproductive : pratique contraceptive, recours à l'interruption volontaire de grossesse, prévention des IST en général et à l'infection à VIH en particulier. Ces travaux illustrent la nécessité d'une approche sociale des problèmes de santé des femmes.

Contraception, IVG, prévention des IST et sexualité sont indissociables pour l'élaboration des politiques de prévention

Alors que les risques d'IST concernent tout autant les hommes que les femmes de toutes générations, celles-ci abordent davantage cette question des risques que leurs partenaires. L'évolution du recours au préservatif au cours de ces dernières années apparaît tout à fait spectaculaire et témoigne de l'efficacité des campagnes de prévention. Mais des inégalités sociales persistent, comme l'atteste la moindre propension des personnes les moins diplômées à utiliser des préservatifs au premier rapport sexuel ou à se faire dépister pour une IST. Ces inégalités révèlent sans doute une plus grande distance sociale à l'égard du discours préventif, en même temps que des difficultés financières. La question de la double protection pilule-préservatif est débattue depuis plusieurs années. Lors des premiers rapports sexuels, les jeunes s'approprient la spécificité préventive du préservatif, dans une perspective plus globale de santé sexuelle et reproductive mais les conditions de l'arrêt d'uti-

lisation du préservatif au profit d'une autre méthode de contraception restent largement méconnues. Elles sont d'autant plus importantes à explorer que la hausse des taux d'IVG chez les plus jeunes pourrait traduire, en partie, un relais contraceptif qui s'opère dans de mauvaises conditions.

Des taux d'IVG à la hausse chez les mineures

Depuis leur autorisation en 1975, le nombre d'interruptions volontaires de grossesse n'a que peu varié. Le taux d'IVG, aujourd'hui proche de 14,5 ‰ femmes de 15 à 49 ans, se situe parmi les plus élevés d'Europe occidentale : environ 210 000 femmes sont concernées chaque année et près d'une femme sur deux a recours à une IVG au cours de sa vie. L'utilisation croissante des méthodes de contraception médicales (les Françaises occupent l'une des premières places mondiales en ce qui concerne l'utilisation de méthodes médicales réversibles de contraception telles que la pilule et le stérilet) n'a pas fait chuter le nombre d'IVG et les échecs de contraception demeurent fréquents. Il faut également souligner que les taux d'IVG sont à la hausse chez les mineures depuis quelques années avec plus de 13 000 IVG en 2006. Parmi les facteurs qui permettent de rendre compte de la survenue d'échecs de contraception, le manque d'informations ou de connaissances apparaît surtout marqué chez les très jeunes femmes. Mais c'est surtout la non-reconnaissance sociale de la sexualité des jeunes dans certains groupes sociaux qui rend problématique leur inscription dans une démarche contraceptive. Un autre enjeu essentiel est celui de l'adaptation des méthodes de contraception aux conditions de vie sociales, affectives et sexuelles des femmes. Le recours à la contraception d'urgence pourrait constituer une solution de « rattrapage » efficace en cas de prise de risque.

Les actions se sont multipliées en matière de contraception. Récemment, une campagne nationale d'information sur la contraception a été promue sous le titre : « La meilleure contraception, c'est celle que l'on choisit ». Par ailleurs, la pratique de l'IVG par voie médicamenteuse a été étendue aux centres de planification ou d'éducation familiale et aux centres de santé. La part des IVG médicamenteuses continue de croître et représente aujourd'hui 46 % des IVG.

L'augmentation des IST indique un relâchement des comportements sexuels de prévention

Les indicateurs de suivi des IST montrent qu'elles sont en progression régulière chaque année depuis le début des années 2000. Bien que les hommes soient majoritairement concernés, le nombre de femmes affectées notamment par la syphilis et les gonococcies augmente, suggérant une transmission de ces infections dans la population hétérosexuelle. Dans ce contexte, les risques d'accélération de la transmission du VIH chez les hétérosexuels et de recrudescence de la syphilis congénitale existent.

La transmission du VIH chez les femmes concerne, pour une large part, des femmes originaires d'Afrique subsaharienne, relativement jeunes, contaminées par rapports hétérosexuels et surreprésentées en Île-de-France. Le dépistage de ces femmes se fait rarement dans les mois qui suivent la contamination, mais se fait rarement aussi au stade tardif de sida, sans doute grâce aux opportunités de dépistage lors des grossesses.

■ PRÉVENTION DES MALADIES CHRONIQUES

Améliorer la prévention en tenant compte des contextes sociaux de consommation d'alcool et de tabac

Alors que l'espérance de vie des Françaises est une des plus élevée du monde, les indicateurs de mortalité « évitable » ne sont pas favorables. Cette mauvaise situation déjà mise en évidence pour les hommes concerne donc également les femmes. Un quart des décès féminins survenus avant 65 ans pourraient être « évités » par une réduction des comportements à risque, tabagisme et alcoolisme en particulier. La situation des cancers des lèvres-bouche-pharynx est à mentionner. Alors qu'elle évolue favorablement chez les hommes en lien avec une diminution des consommations alcool-tabagiques, il n'en est pas de même chez les femmes. L'incidence s'accroît en moyenne de 1,6 % par an. Les femmes restent cependant bien moins concernées que les hommes par ces cancers.

Depuis trente ans, le tabagisme est stable chez les femmes (environ 30 % déclarent fumer quotidiennement ou occasionnellement) et diminue chez les hommes. On observe que le taux standardisé de décès par cancer du poumon a quasiment doublé chez les femmes en l'espace de quinze ans et particulièrement chez celles de moins de 65 ans, en lien direct avec le développement du tabagisme féminin. Ce taux va probablement continuer de croître dans les prochaines années alors qu'il est en baisse chez les hommes.

Globalement, 8 % des femmes déclarent consommer de l'alcool quotidiennement et cette proportion croît avec l'âge (plus d'une femme sur cinq entre 65 et 74 ans). Les ivresses (au cours de l'année écoulée) sont en revanche plus fréquentes chez les jeunes et concernent près d'une jeune femme sur cinq entre 15 et 25 ans.

Si les femmes restent moins exposées aux risques, les modes de consommation de tabac et d'alcool apparaissent moins liés au sexe des individus qu'aux rôles sociaux qui modèlent les rapports de genre. Ainsi, les dif-

férences de comportements entre hommes et femmes sont moins marquées dans les milieux favorisés, suggérant que la prévention, si elle a à gagner à prendre le sexe en considération, ne peut faire l'économie d'accorder une place importante aux contextes sociaux de consommation.

Prévention de la surcharge pondérale, du diabète et de l'hypertension : des enjeux majeurs

Les maladies cardiovasculaires constituent toujours la première cause de mortalité chez les femmes, devant les tumeurs. La mortalité cardiovasculaire a cependant beaucoup diminué depuis 30 ans grâce aux améliorations progressives tant de la prévention primaire et de la prise en charge des malades à la phase aiguë que de la prévention secondaire. Mais des améliorations peuvent encore être obtenues par des actions préventives, individuelles et collectives, sur les facteurs de risque majeurs des maladies cardiovasculaires que sont la consommation de tabac, l'hypertension artérielle, les dyslipidémies, le diabète, l'obésité et la sédentarité.

Aujourd'hui deux femmes sur cinq sont en surcharge pondérale ; environ une sur six présente une obésité. Les augmentations observées au cours des dix dernières années semblent se poursuivre et les écarts de prévalence de l'obésité en fonction du niveau socio-économique et du pays d'origine s'accroissent. La prévalence du diabète est également en augmentation et une aggravation doit être anticipée. En amont, la prévention du surpoids et de la sédentarité, en aval le dépistage du diabète et sa prise en charge devraient cibler les femmes les plus à risque. Les consultations lors du suivi gynécologique représentent probablement un moment opportun.

L'hypertension artérielle est également fréquente puisqu'elle concerne plus d'une femme sur quatre. Il s'agit du premier motif de recours en consultation en ville à partir de l'âge de 50 ans. La détection, le traitement et le contrôle de l'hypertension artérielle demeurent insuffisants.

Une activité physique régulière et un temps réduit passé à des activités sédentaires doivent être encouragés en raison de leurs effets bénéfiques sur la santé. Les femmes sont concernées dès leur adolescence jusqu'à la ménopause, période pendant laquelle il a été observé une association positive entre activité physique et réduction de la perte osseuse. Une activité physique, considérée comme « favorable à la santé », est aujourd'hui pratiquée par moins de 40 % des femmes.

La prévention des fractures ostéoporotiques se réalise à tous les âges de la vie

L'ostéoporose est caractérisée par une fragilité excessive du squelette, due à une diminution de la masse osseuse et à l'altération de la micro-architecture osseuse. Elle est fréquente chez les femmes après la ménopause car la masse osseuse diminue avec l'âge et avec la carence en hormones féminines (œstrogènes). L'ostéoporose est une affection « silencieuse », qui ne se manifeste pas en tant que telle. Par conséquent le diagnostic est souvent établi lors de la survenue de fractures, notamment celles du col du fémur qui concernent des femmes dans environ 80 % des cas. Ces fractures constituent la conséquence la plus grave de l'ostéoporose et une source majeure de handicaps et d'incapacités. Le risque de mortalité après fracture de l'extrémité supérieure du fémur est augmenté en particulier chez les personnes âgées. Une part importante de ces fractures est évitable, ce qui justifie les actions de prévention à tous les âges de la vie. Chez les personnes âgées la prévention des fractures repose également sur la prévention des chutes (les chutes représentent 84 % des accidents de la vie courante chez les femmes de 65 ans ou plus) et par des stratégies de réduction des incapacités chez les personnes âgées.

■ SANTÉ MENTALE ET RISQUES PSYCHOSOCIAUX

Santé mentale : dépression et anxiété sont plus fréquentes chez les femmes

Les quinze dernières années ont été marquées par une transformation profonde du paysage social et de la psychiatrie, sur fond d'urbanisation et de vieillissement croissant. L'accroissement de la demande depuis les urgences jusqu'au médico-social semble davantage lié à des changements de représentation (moindre stigmatisation, attentes accrues) qu'à des variations de morbidité.

Les maladies psychiques recouvrent un continuum d'états pathologiques allant de troubles relativement mineurs ou n'apparaissant que sur une période limitée de la vie (dépression légère, troubles du comportement passagers...) à des états chroniques graves (psychose chronique) ou à des troubles aigus sévères avec risque de passage à l'acte (suicide, mise en danger d'autrui). Elles sont également à l'origine d'altérations importantes de la qualité de vie à la fois pour le malade et pour son entourage. Les affections psychiatriques sont la quatrième cause de reconnaissance d'affection de longue durée en ALD (ALD 23) chez l'adulte avec 0,9 million de bénéficiaires du régime général de l'Assurance maladie concernés dont 55 % de femmes. Globalement les femmes recourent davantage au système de soins que ce soit dans le cadre de la psychiatrie de secteur ou en médecine libérale.

Chez les femmes, les troubles anxieux et dépressifs ont un poids important. En population générale, les femmes déclarent deux fois plus fréquemment une anxiété que les hommes. Le risque de vivre un épisode

Synthèse

dépressif reste plus élevé pour les femmes si on le compare à celui des hommes à âge, situation conjugale, situation professionnelle et formation identiques. Les inégalités face à la dépression sont dues en partie à des situations économiques et sociales qui exposent davantage les femmes aux troubles dépressifs. Ainsi, les femmes sont plus souvent chômeuses ou inactives (au sens économique), des situations associées à une prévalence élevée des épisodes dépressifs. Pour les hommes comme pour les femmes, la même gradation se vérifie, moins d'épisodes dépressifs en couple, davantage pour le célibat, et plus encore en cas de rupture : séparation, divorce ou veuvage. Cependant, si le dépistage des troubles dépressifs et leur prise en charge sont plus courants pour les femmes, entre trois et quatre femmes dépressives sur dix n'ont aucun recours à des soins spécifiques.

Suicide et tentatives de suicide : des enjeux en termes de prévention

La France se situe dans le groupe des pays à fréquence élevée de suicide féminin. Les déterminants du suicide sont nombreux et la nature de leurs liens est complexe. Cependant, les facteurs reliés aux comportements suicidaires sont globalement de deux ordres : une vulnérabilité individuelle et l'existence de stress environnementaux. Très liés à la dépression, les suicides peuvent être prévenus notamment par la formation des professionnels au repérage et au traitement des états dépressifs.

Les taux de décès par suicide sont nettement moins élevés chez les femmes que chez les hommes ; cependant, les femmes font plus fréquemment des tentatives de suicide et rapportent plus de pensées suicidaires. En 2005, près de 111 000 séjours dans des unités de soins MCO ont eu ce motif pour origine et deux tiers d'entre eux environ ont concerné des femmes, mais toutes les tentatives de suicide ne donnent pas lieu à une prise en charge médicale notamment par un recours à l'hospitalisation. Pour elles, ces hospitalisations ont été nombreuses dès l'adolescence et sont restées à un niveau élevé jusque vers 55 ans. L'intoxication médicamenteuse est le mode le plus utilisé totalisant près de 90 % des tentatives de suicide des femmes de 15 à 54 ans hospitalisées en soins somatiques.

Risques psychosociaux : des risques émergents encore peu documentés

La santé mentale au travail est un enjeu de santé publique important. Les affections psychiques représentent la première cause de reconnaissance d'invalidité professionnelle mais les données disponibles sont encore fragmentaires. Les risques psychosociaux font en effet référence à de nombreuses situations : harcèlement moral, violences, stress, souffrance, suicides, dépression, troubles musculosquelettiques, etc. Par ailleurs, le concept de risque psychosocial est un concept dynamique et complexe qui intrique des facteurs individuels et médicaux et des facteurs sociaux et collectifs. La diversité des thèmes et des concepts est ainsi source de confusion. Les besoins de connaissance répondent également à une attente sociale très forte. Les travaux du collège d'expertise sur le suivi statistique des risques psychosociaux, mis en place à la suite de la deuxième conférence sur les conditions de travail, devraient permettre d'aboutir à un consensus sur les méthodes et outils à mettre en œuvre en termes d'observation.

Malgré le caractère incomplet des connaissances, les femmes au travail apparaissent plus exposées aux risques psychosociaux quels que soient les indicateurs retenus. Ainsi, près d'une femme sur trois est exposée à la « tension au travail ». Les écarts sont les plus importants pour les catégories les moins favorisées, les ouvriers et les employés. Les expositions, telles que le manque de latitude décisionnelle pour faire face aux contraintes et le manque de soutien social au travail, sont plus fréquentes chez les femmes et représentent l'un des facteurs de risque connus des troubles musculosquelettiques qui affecte en majorité les femmes. Il s'agit d'un problème majeur de santé au travail qui le restera très vraisemblablement dans les années à venir du fait de l'intensification des contraintes du travail et du vieillissement de la population active.

■ VIOLENCES

Violences sexuelles : renforcer et diversifier l'écoute

Dans l'enquête Événements de vie et santé, les femmes apparaissent surexposées aux violences sexuelles : 11 % des 18 à 75 ans sont concernées par des attouchements, rapports sexuels forcés (ou tentatives) contre 3 % des hommes du même groupe d'âge, sur le cours entier de leur vie. La répétition des faits sur la durée des 24 mois tout juste écoulés est également constatée, pour près de quatre de ces femmes sur dix. Beaucoup plus exposées que les hommes, atteintes tôt dans leur vie, les femmes de tous milieux sociaux sont particulièrement concernées (par rapport aux hommes) par des violences graves et répétées au sein de leur ménage, commises par leur conjoint ou ex-conjoint. Les femmes, surtout les plus jeunes, parlent davantage que les hommes, mais la parole reste difficile. L'identité de l'agresseur influe fortement sur la parole de la victime, les cas où il s'agit d'un membre de la famille ou du conjoint apparaissant comme les plus difficiles à dévoiler. De plus, la répétition des faits sur la durée est étroitement associée au silence, la parole de la victime semblant exercer un effet

préventif du cumul des agressions. Néanmoins, il faut bien distinguer deux types de dévoilement : celui qui advient lors d'une enquête statistique, la personne étant placée dans un contexte à la fois public mais anonyme ou celui qui consiste, dans un cadre individualisé ou privé, à parler à son entourage, à entreprendre une démarche de recours auprès de soignants, de services de police ou de justice. Les progrès les plus sensibles sont sans doute aujourd'hui ceux des déclarations recueillies dans les enquêtes. Seulement 7,6 % des femmes de 18 à 60 ans victimes de violences physiques ou sexuelles exercées par leur conjoint ont en effet porté plainte en 2005-2006, 90 % d'entre ces victimes n'effectuant même aucun signalement à la police ou la gendarmerie. Le chemin, encore très long, restant à parcourir est celui d'une parole qui pourrait avoir des effets plus directs de remédiation aux difficultés et à la détresse des victimes.

Violences subies et santé : des parcours individuels heurtés

Lorsqu'ils sont victimes de violences physiques exercées par une personne ne vivant pas dans leur ménage, hommes et femmes font état de blessures dans les mêmes proportions autour de 40 %. En revanche, alors que les femmes sont plus exposées que les hommes à des violences physiques ou sexuelles émanant de personnes qui vivent sous leur propre toit. Elles sont également beaucoup plus fréquemment blessées que ceux-ci dans ces cas de « corésidence » avec leur agresseur (respectivement 50 % et 18 %). De tels écarts dans les conséquences directes sur la santé sont particulièrement apparents pour les violences conjugales, physiques et sexuelles confondues. Circonstance aggravante de ces atteintes subies dans le cadre domestique, le recours à un médecin est moins fréquent qu'en cas d'acte violent subi de la part d'une personne extérieure au ménage, de même que l'hospitalisation (3 % contre 12 %).

En dehors des conséquences directes et immédiates des atteintes violentes, le plus souvent traumatologiques, il apparaît plus largement que les liens entre violences et santé sont indissociables du contexte biographique. Le dossier consacré au thème des violences subies explore les liens entre violences subies (atteintes aux biens et violences interpersonnelles de type verbales, physiques, sexuelles ou psychologiques), état de santé et parcours de vie. Il en ressort que lorsqu'un groupe de population apparaît exposé à des violences et présente des problèmes de santé associés, c'est invariablement dans un contexte biographique émaillé d'événements difficiles. Cette combinaison de difficultés concerne un tiers de la population, majoritairement des femmes. De plus, c'est dans le domaine de la santé mentale bien plus que physique – et ce, y compris lorsque les atteintes physiques et sexuelles sont fréquentes – que les violences subies exercent le plus nettement leur effet.

Les données issues de l'enquête Coquelicot montrent que les femmes usagères de drogues ont des trajectoires de vie particulièrement chaotiques et ont été fréquemment victimes de violences durant l'enfance et l'adolescence. C'est dans ce contexte qu'elles s'initient aux drogues par le biais de rencontres amoureuses et se situent ensuite dans une relation de dépendance au conjoint. Elles consomment plus fréquemment du *crack/free base* et adoptent plus de comportements à risque vis-à-vis de l'injection. Elles sont souvent soumises à la contrainte sexuelle et à la prostitution. Ces femmes sont confrontées à une double fragilité vis-à-vis du VIH et du VHC liée au contexte de leur consommation de drogues et de leur sexualité.

■ CANCERS ET QUALITÉ DE VIE

Dépistage des cancers :

améliorer l'accès au dépistage des femmes sans couverture santé complémentaire

Le cancer du sein est la localisation la plus fréquente devant le cancer colorectal et le cancer du poumon. Depuis 1980, l'incidence des cancers chez les femmes augmente et la mortalité diminue. Parmi les nouveaux cas de cancers, la moitié sont des cancers du sein. La prise en compte des évolutions démographiques de la population française montre que 22 % sont dus à l'augmentation de la population, 16 % au vieillissement et 46 % à l'évolution du risque avec l'âge. À côté des évolutions démographiques, les modifications des pratiques médicales et en particulier l'extension du dépistage, jouent un rôle certain dans les observations. Globalement, le bilan démontre une amélioration dans le domaine du dépistage des cancers féminins mais des marges de progrès existent. On observe en particulier des inégalités sociales importantes. Pour le cancer du sein et le cancer du col de l'utérus, ce sont chez les femmes n'ayant pas de couverture santé complémentaire que l'on observe les taux de dépistage les plus faibles. Il apparaît également que le dépistage du cancer du col reste insuffisant chez les femmes après 55 ans. Dans le futur, la vaccination contre les papillomavirus humains devrait également avoir un impact direct sur l'incidence du cancer du col de l'utérus et sur les modalités de dépistage.

Le cancer colorectal est la 2^e cause de cancer chez la femme. La détection précoce de la maladie constitue le moyen le plus efficace d'augmenter la survie. Le programme de dépistage du cancer colorectal a été généralisé à l'ensemble du territoire en 2005. Il repose sur le test Hémocult® proposé tous les deux ans chez les personnes âgées de 50 à 74 ans. Une coloscopie doit être pratiquée en cas de test positif. L'évaluation du pro-

gramme pilote de dépistage montre que chez les femmes, la réalisation de l'Hémocult® est liée à l'expérience d'autres pratiques de dépistage.

Une qualité de vie dégradée

Globalement, deux ans après le diagnostic d'un cancer, les femmes déclarent une moins bonne qualité de vie que les hommes en particulier sur le plan psychique. Elles sont, plus fréquemment que les hommes, demandeuses d'un soutien psychologique par un professionnel au moment du diagnostic et en bénéficient plus souvent deux ans après. Rétrospectivement, leur satisfaction vis-à-vis de la prise en charge médicale (suivi post-thérapeutique et prise en compte des séquelles par l'équipe médicale) et des informations reçues tout au long des traitements est moins élevée que celle des hommes. Elles ont ressenti plus souvent l'annonce de leur diagnostic de manière trop brutale et sont moins satisfaites de leur suivi médical au bout de deux ans. Elles sont également plus nombreuses à déclarer ne pas avoir été impliquées dans le choix des traitements. Certaines auraient préféré l'être plus, d'autres ont dit être satisfaites de cette non-implication. Hommes et femmes déclarent aussi fréquemment des difficultés sexuelles à la suite de leur maladie et de leurs traitements, mais les facteurs associés ne sont pas les mêmes.

Hommes et femmes actifs occupés au moment du diagnostic sont aussi fréquemment sans emploi deux ans plus tard, mais les facteurs qui influent sur cette sortie d'emploi sont différents. Parmi ceux qui continuent à avoir un emploi, les femmes reprennent leur activité plus lentement que les hommes, en fonction de caractéristiques relevant à la fois de l'emploi, de la maladie (pronostic, séquelles) et de ses traitements. Seules les caractéristiques de la maladie et ses traitements semblent freiner la reprise de leur travail, toutes choses égales par ailleurs. Dans la mesure où les cancers des femmes ne sont pas plus invalidants que ceux des hommes, les différences entre les hommes et les femmes s'expliqueraient donc plutôt par le fait que des contraintes sociales liées au maintien dans l'activité pèsent plus fortement sur les hommes que sur les femmes – contraintes qui peuvent aussi bien être économiques qu'issues des représentations sociales classiques du rôle sexué.

■ MALADIES CHRONIQUES ET VIEILLISSEMENT

Maladies chroniques :

développer des alternatives à l'hospitalisation conventionnelle ou ambulatoire

Au vieillissement de la population correspond une augmentation du nombre de personnes atteintes de maladies chroniques. Les femmes atteignent des âges de plus en plus élevés et sont donc aussi plus nombreuses à vivre avec des maladies chroniques. La moitié des femmes en ALD ont plus de 65 ans. Le cancer, le diabète et les maladies cardiovasculaires sont les principales causes d'admission en ALD. Ces grandes causes de maladies se retrouvent dans l'analyse des principales causes d'hospitalisation ou de motifs de consultation en ambulatoire. Il convient également d'ajouter que la cataracte est responsable à elle seule d'un peu plus de 10 % des hospitalisations des femmes âgées. Les hospitalisations pour traumatisme sont également élevées en raison de la grande fréquence des fractures du col fémoral. La fréquence des consultations pour maladies ostéo-articulaires, qui recouvrent en particulier les affections du dos (lombalgies, cervicalgies...) et les pathologies arthrosiques, augmente avec l'âge. Ces pathologies qui exercent un retentissement sur la qualité de vie du fait des douleurs et des limitations fonctionnelles qu'elles induisent, concernent 13,9 % des consultations en médecine de ville chez les femmes de 40 à 49 ans jusqu'à 30,8 % passé l'âge de 80 ans.

Les problèmes d'incapacité demeurent concentrés en fin de vie et les femmes sont désavantagées du point de vue de la proportion d'années vécues sans incapacité. Elles déclarent plus de limitations fonctionnelles que les hommes mais ces limitations ne s'accompagnent pas de plus de gênes dans les activités. On suppose qu'étant proches des systèmes de soins, elles perçoivent et déclarent plus systématiquement leurs problèmes de santé, mais probablement à des stades aisément gérables. Une prise en charge précoce des altérations fonctionnelles peut conduire à limiter le risque que celles-ci s'accompagnent de gênes dans les activités ou à retarder leur survenue. Aux grands âges, les femmes perdent cependant le bénéfice d'un repérage précoce de leurs problèmes : moins entourées et aidées que les hommes, elles se trouvent alors dans une situation plus critique (besoin d'intervenants extérieurs pour les activités), y compris lorsque leurs problèmes fonctionnels sont modérés. La présence « d'aidants » joue un rôle important dans la prise en charge, celle d'aidants directs pouvant éviter l'hospitalisation.

Maladie d'Alzheimer : un défi majeur

La prévalence des démences est plus faible chez les femmes que chez les hommes avant 65 ans mais la tendance s'inverse après 65 ans. La maladie d'Alzheimer est la forme de démence du sujet âgé la plus fréquente, elle représente environ 70 % des cas. Pour l'année 2004, les estimations de la prévalence de la maladie d'Alzheimer – près de 600 000 personnes atteintes dont 400 000 femmes – et de l'incidence des démences

– 225 000 nouveaux cas – montrent l'ampleur de cette pathologie dans le contexte du vieillissement de la population. Dans le futur, le nombre de personnes atteintes de maladie d'Alzheimer va augmenter considérablement, son poids sur les familles et la société également. Si l'épidémiologie de la maladie d'Alzheimer se maintient, les prévisions pour 2050 sont supérieures à un million de personnes dont 670 000 femmes. L'hospitalisation de moins de 24 heures en soins de courte durée MCO est aujourd'hui bien adaptée à la réalisation de bilans « mémoire ». Le développement des consultations « mémoire » pourrait toutefois freiner la progression du recours aux hospitalisations ambulatoires. Mais ces consultations ne pourront pas se substituer entièrement aux hospitalisations ambulatoires pour la détection et l'annonce de la maladie. L'apparition éventuelle d'un traitement curatif n'aurait d'influence que sur le taux de recours des plus jeunes. Compte tenu des mesures récentes et à venir, l'organisation des structures d'aval pour assurer la prise en charge des patients en phase plus avancée de la maladie est nécessaire. Face à ce triple défi, scientifique, médical et social, le plan Alzheimer 2008-2012 doté de moyens spécifiques a pour objectif de fournir un effort sur la recherche, de favoriser un diagnostic plus précoce et de mieux prendre en charge les malades et leurs aidants.

Les autres démences ont en général une composante vasculaire ; le meilleur contrôle de l'hypertension artérielle, du diabète et de l'hypercholestérolémie devrait diminuer leur fréquence.

Penser la prise en charge des personnes âgées isolées

L'isolement des personnes âgées s'aggrave avec le vieillissement et ce phénomène touche davantage les femmes. Aujourd'hui, 63 % des personnes âgées de 75 ans ou plus sont des femmes et au-delà de 80 ans, plus de 60 % des femmes vivent seules contre seulement 21 % des hommes. En cas d'hospitalisation rendue nécessaire en MCO, l'isolement diminue le recours des patients à l'hospitalisation de moins de 24 heures et allonge la durée de séjour en hospitalisation complète en lien avec la disponibilité insuffisante de structures alternatives ou d'aval sanitaires ou médico-sociales telles que les soins de suite et de réadaptation (SSR) ou les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

L'augmentation du nombre des personnes âgées vieillissant à leur domicile et atteintes de pathologies cognitives fait également apparaître de nouveaux besoins d'accompagnement. L'organisation de l'aide des personnes âgées à leur domicile, au carrefour des politiques sociales et de santé publique est soumise à tensions, tant au niveau des volumes d'aide à fournir et à financer qu'au niveau de sa dispensation au quotidien.

■ CONCLUSION

Ce rapport permet de mettre en lumière un certain nombre de constats. En matière d'observation de l'état de santé, il démontre la nécessité d'une approche sociale pour l'analyse des problèmes de santé afin d'orienter au mieux les politiques de santé. La réduction des inégalités de santé, qui demeurent importantes ou même s'aggravent, est un objectif crucial. En matière de recherche, les évolutions démographiques et sociales qui entourent la conception et la naissance, l'augmentation des naissances qui font suite à une conception médicalement assistée, l'accroissement de certains cancers chez les femmes, les besoins de connaissance sur la santé au travail justifient le développement de travaux dans ces domaines. Dans le champ du handicap, il est nécessaire d'éclairer les plus grandes difficultés rencontrées par les femmes dans leur participation à la vie sociale.

Des enjeux particulièrement importants concernent également le champ de la prévention et de la promotion de la santé en particulier chez les jeunes femmes. Cela concerne notamment la santé sexuelle et les comportements à risque. Le vieillissement de la population, l'isolement des femmes âgées et l'augmentation du nombre des démences vont poser des problèmes de prise en charge, au carrefour des champs sanitaire et social qu'il convient d'anticiper.

Enfin, la prise en charge des victimes de violences nécessite, outre un traitement des effets directs des atteintes subies sur la santé (mentale principalement), la prise en compte de l'ensemble des caractéristiques sociales des populations les plus exposées. Leurs parcours de vie, lourdement chargés du point de vue affectif, matériel ou pour ce qui touche aux difficultés familiales de divers ordres, requièrent en effet une prévention polymorphe en termes d'action sociale.

Ouvrages pour en savoir plus

- 2008, *L'état de santé de la population en France - Rapport 2007*, DREES, *Études et recherche statistiques*, La Documentation française, 246 p.
- 2008, *Femmes et hommes: regards sur la parité*, INSEE, *INSEE Référence*, 238 p.
- 2009, *L'état de santé de la population en France - Rapport 2008*, DREES, *Études et recherche statistiques*, Paris, La Documentation française, 246 p., à paraître.
- **Bajos N., Bozon M.**, 2008, *Enquête sur la sexualité en France: pratiques, genre et santé*, La Découverte, 609 p.
- **Coldefy M.**, 2007, *La prise en charge de la santé mentale - Recueil d'études statistiques*, DREES, *Études et recherche statistiques*, La Documentation française.
- **Cubizolles M.-J., Blondel B.**, 1996, *La santé des femmes*, Flammarion, Médecine-Sciences, 386 p.
- **Leclerc A., Kaminski M., Lang T.**, 2008, *Inégaux face à la santé*, La Découverte, 298 p.
- **Le Corroller-Soriano A.-G., Malavoti L., Mermillod C.**, 2008, *La vie deux ans après le diagnostic de cancer*, La Documentation française, 408 p.
- **Mouquet M.-C., Oberlin P.**, 2008, *Impact du vieillissement sur les structures de soins à l'horizon 2010, 2020 et 2030*, DREES, *Dossiers Solidarité et Santé*, 119 p.