

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
AVIS ET RAPPORTS DU
CONSEIL ÉCONOMIQUE, SOCIAL
ET ENVIRONNEMENTAL

*LA SANTÉ
DES FEMMES
EN FRANCE*

2010
Communication présentée par
Mme Dominique Hénon

MANDATURE 2004-2010

Séance du Bureau du 7 juillet 2010

**LA SANTÉ DES FEMMES
EN FRANCE**

**Communication du Conseil économique, social et environnemental
présentée au nom du Bureau par Mme Dominique Hénon
au nom de la délégation aux droits des Femmes
et à l'égalité des chances entre hommes et femmes**

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	3
CHAPITRE I - LA SANTÉ DES FEMMES EN FRANCE EN 2010 : UN PORTRAIT CONTRASTÉ	5
I - UNE PLUS GRANDE LONGÉVITÉ ET UNE DIMINUTION DE L'ÉCART ENTRE FEMMES ET HOMMES.....	6
II - UNE SURMORTALITÉ MASCULINE DANS LA PLUPART DES CAUSES DE DÉCÈS MAIS UN RAPPROCHEMENT DE CERTAINES PATHOLOGIES.....	7
A - LES CHANGEMENTS DE COMPORTEMENTS DES FEMMES INFLUENT SUR LE DÉVELOPPEMENT DE CERTAINES AFFECTIONS.....	7
B - UNE MORTALITÉ PRÉMATURÉE LIÉE À DES COMPORTEMENTS À RISQUES	8
C - DES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ.....	9
III - UNE PLUS GRANDE VULNÉRABILITÉ AU STRESS, À L'ANXIÉTÉ ET À LA DÉPRESSION	10
IV - UNE EXPOSITION PLUS FRÉQUENTE AUX ATTEINTES À LA SANTÉ AU TRAVAIL.....	11
A - DES RISQUES DIFFÉRENTS.....	12
B - UN DÉFICIT D'ÉVALUATION ET DE RECHERCHES.....	14
V - UN RISQUE ACCRU DE SUBIR DES VIOLENCES.....	15
A - L'AMPLEUR ET LES CONSÉQUENCES SANITAIRES MAL CERNÉES DES VIOLENCES CONJUGALES.....	15
B - LES EFFETS DÉSASTREUX D'AUTRES TYPES DE VIOLENCES.....	17
VI - UN RENONCEMENT AUX SOINS PLUS FRÉQUENT PAR MANQUE DE TEMPS OU D'ARGENT.....	18

CHAPITRE II - DES SPÉCIFICITÉS FÉMININES À DIFFÉRENTS MOMENTS DU CYCLE DE VIE.....21

I - DES ÉTAPES-CLÉS COMPORTANT CERTAINS DANGERS.21

A - ADOLESCENCE : UNE PÉRIODE GLOBALEMENT SYNONYME DE BONNE SANTÉ MAIS NON EXEMPTÉ DE RISQUES	21
1. Une perception différente de leur état de santé par les filles et les garçons.....	21
2. Consommation de produits psychoactifs	23
3. Troubles du comportement alimentaire	23
B - PÉRIODE DE FÉCONDITÉ : L'ÉMERGENCE DU CONCEPT DE « SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE » SE HEURTE À UN CERTAIN NOMBRE DE LIMITES	24
1. Les obstacles à une démarche contraceptive harmonieuse et sereine	25
2. Les grossesses non désirées et le recours à l'IVG	28
3. Une progression régulière des infections sexuellement transmissibles (IST) et une relative stabilisation de l'incidence du Sida chez les femmes	31
4. La prise en charge de l'infertilité.....	32
C - GRAND ÂGE ET RISQUES ACCRUS DE DÉPENDANCE	32
1. Des inégalités persistantes en termes d'espérance de vie et face à la maladie	33
2. Des maladies liées à l'âge comportant des risques de dépendance.....	34
3. La maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées : la cause la plus fréquente de dépendance	34
4. Les contraintes et les besoins des aidants familiaux.....	35
II - DES PATHOLOGIES PARTICULIÈRES.....	37
A - LOCALISATIONS LES PLUS FRÉQUENTES DES CANCERS CHEZ LES FEMMES	37
1. Les cancers gynécologiques	38
2. Le cancer colorectal.....	41
B - MALADIES CHRONIQUES AYANT UN RETENTISSEMENT SUR LE « BIEN VIEILLIR »	41
1. L'ostéoporose, responsable d'incapacités qui pourraient être évitées	42
2. Approches préventives des risques de démences	43

C - L'ÉVOLUTION ASCENDANTE DU SURPOIDS ET DE L'OBÉSITÉ.....	45
1. Une progression statistiquement confirmée chez les adultes.....	46
2. Les disparités sociales sont importantes et plus marquées chez les femmes	48
3. Le surpoids et l'obésité touchent de plus en plus d'enfants.....	50
4. Des conséquences majeures et multidimensionnelles	51
III - DES FACTEURS PÉJORATIFS SUR L'ÉTAT DE SANTÉ ET L'ACCÈS AUX SOINS	52
A - UNE SOUS-REPRÉSENTATION DES FEMMES DANS LA RECHERCHE MÉDICALE ET LES ESSAIS CLINIQUES.....	52
1. Peu d'essais cliniques incluent des femmes	53
2. L'insuffisance des recherches influe sur la prise en charge et le traitement	55
B - LE DÉVELOPPEMENT DE L'ISOLEMENT	55
1. De plus en plus de familles monoparentales dont le chef est une femme	56
2. Plus de la moitié des femmes de 75 ans ou plus vivent seules	56
C - L'INFLUENCE PRÉJUDICIABLE DE LA PRÉCARITÉ SUR LA SANTÉ.....	57
1. La précarité est un obstacle au suivi sanitaire et à la prévention	57
2. La vulnérabilité aggravée des femmes victimes de violences	58
CHAPITRE III - LES ACTIONS À PROMOUVOIR POUR AMÉLIORER LA SANTÉ DES FEMMES.....	61
I - RELANCER UNE POLITIQUE ACTIVE D'ÉDUCATION À LA SANTÉ EN Y ASSOCIANT ÉTROITEMENT LE MILIEU SCOLAIRE	61
A - PRÉVENIR LE SURPOIDS ET DÉVELOPPER L'ÉDUCATION ALIMENTAIRE.....	62
B - AMÉLIORER LA PRÉVENTION DES CONDUITES À RISQUES	63
C - METTRE EN ŒUVRE UNE VÉRITABLE POLITIQUE D'ÉDUCATION À LA SEXUALITÉ	64

II	- INSTAURER UNE POLITIQUE COHÉRENTE D'INFORMATION ET DE MAÎTRISE DE LA FÉCONDITÉ	65
A	- FACILITER L'ACCÈS AUX MÉTHODES CONTRACEPTIVES	66
1.	Garantir un accès confidentiel et gratuit à la contraception pour les mineures	66
2.	Renforcer les missions de la médecine préventive universitaire	66
3.	Développer la formation des professionnels de santé	67
4.	Améliorer la prise en charge des différents moyens de contraception	67
B	- CONFORTER L'EXERCICE DU DROIT À L'IVG ET VEILLER À SON ACCOMPAGNEMENT	67
1.	Accueillir dignement les femmes et les informer	68
2.	Former les praticiens	68
3.	Garantir la pérennité du droit à l'IVG	68
4.	Répondre à la problématique spécifique de l'Outre-mer	69
III	- RECONNAÎTRE ET RÉDUIRE LES ATTEINTES À LA SANTÉ AU TRAVAIL	69
A	- MIEUX REPÉRER EN PRENANT EN COMPTE LE GENRE	70
B	- ... POUR MIEUX PRÉVENIR	71
C	- SENSIBILISER LES ACTEURS DU MONDE DU TRAVAIL À LA PRÉVENTION ET À LA PRISE EN CHARGE DES VIOLENCES	72
IV	- RENFORCER L'ACCOMPAGNEMENT ET LA PRISE EN CHARGE MÉDICALE DES FEMMES VICTIMES DE VIOLENCES	73
A	- AMÉLIORER LA SENSIBILISATION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ À LA PROBLÉMATIQUE DES VIOLENCES	74
B	- GUIDER POUR REPÉRER, ACCUEILLIR ET PRENDRE EN CHARGE	74
V	- FAVORISER UN VIEILLISSEMENT EN BONNE SANTÉ ET RÉPONDRE AUX BESOINS DU GRAND ÂGE	75
A	- RÉDUIRE LES RISQUES DE DÉPENDANCE	75
1.	Les maladies cardiovasculaires	76
2.	L'ostéoporose	76
3.	La maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées	77
4.	Le syndrome de fragilité et la dépression	77

B - RÉPONDRE AUX BESOINS DU GRAND ÂGE	78
1. Promouvoir un environnement facilitant le maintien à domicile.....	78
2. Soutenir les aidants familiaux.....	79
3. Permettre l'accès à des maisons de retraite médicalisées multiformes.....	80
VI - AGIR SUR LES INÉGALITÉS QUI ONT UN IMPACT SUR LA SANTÉ DES FEMMES	80
A - PRENDRE EN COMPTE LES SPÉCIFICITÉS DES FEMMES DANS LA RECHERCHE MÉDICALE ET LES ESSAIS CLINIQUES.....	81
B - AMÉLIORER LA PRISE EN CHARGE DES PLUS VULNÉRABLES	82
1. Prévenir le surpoids et favoriser l'adoption de comportements nutritionnels favorables à la santé	82
2. Faciliter et accompagner le recours aux examens de dépistage.....	82
CONCLUSION.....	85
ANNEXE.....	87
LISTE DES RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	89
TABLE DES SIGLES	93
LISTE DES ILLUSTRATIONS.....	95

Le 12 janvier 2010, le Bureau du Conseil économique, social et environnemental a confié à la délégation aux droits des Femmes et à l'égalité des chances entre hommes et femmes la préparation d'une communication sur *La santé des femmes en France*¹. La délégation a désigné Mme Dominique Hénon comme rapporteure.

Pour son information, la délégation a entendu :

- Mme Corinne Vaillant, coordinatrice du groupe national d'information et d'éducation sexuelle, secrétaire générale du Syndicat national des médecins scolaires et universitaires ;
- Mmes Monique Kaminski, Annette Leclerc et Marie-Josèphe Saurel-Cubizolles, chargées de recherche à l'INSERM ;
- Mme Françoise Forette, professeure de médecine interne et de gériatrie à l'université Paris V, directrice de la Fondation nationale de gérontologie.

La rapporteure s'est également entretenue avec Mmes Brigitte Jeanvoine, médecin scolaire et conseillère générale du Val-de-Marne, Karine Siboni, rapporteure générale de la Commission pour la prévention et la prise en charge de l'obésité, ainsi que le docteur Bernard Asselain, chef du service de biostatistique de l'Institut Curie.

La Présidente, la rapporteure et l'ensemble des membres de la délégation remercient vivement toutes ces personnes pour leur précieuse contribution.

¹ Cette communication a été adoptée par le Bureau lors de sa séance du 7 juillet 2010. Le résultat des votes en délégation figure en annexe.

INTRODUCTION

L'espérance de vie à la naissance des femmes nées en France (84,9 ans) est l'une des plus élevées au monde, sensiblement supérieure à celle des hommes (77,6 ans). La France détient par ailleurs, avec plus de 20 000 centenaires en 2010 (près de six femmes pour un homme), le record européen sur ce plan. Toutefois, si l'on considère l'espérance de vie en bonne santé, l'écart se réduit à moins de deux ans entre les hommes (68 ans) et les femmes (69 ans et huit mois).

Tout d'abord, les inégalités sociales, professionnelles, l'exposition aux violences que subissent de nombreuses femmes influent sur leur état physique et psychologique. Ainsi, les conditions de travail difficiles pour un grand nombre d'entre elles (ruptures dans le déroulement de carrière, complexité de l'articulation entre vie professionnelle et vie familiale, travail à temps partiel, chômage...) ont des conséquences néfastes pour leur bien être, celui de leur famille et de la société dans son ensemble.

La maîtrise de leur fécondité a permis aux femmes d'affirmer leur droit au travail et contribué au développement du modèle de la mère exerçant une activité professionnelle². Toutefois, la capacité offerte au couple de programmer les charges parentales n'a guère été utilisée pour faire émerger un autre partage : les tâches domestiques et familiales sont toujours portées très majoritairement par les femmes même si une figure de « nouveau père » tend à émerger autour de la prise en charge ponctuelle de l'enfant. Et bien qu'aucun lien direct ne puisse être établi entre la lourdeur des obligations familiales et l'état de santé des femmes, de trop forts déséquilibres en la matière sont sources de tension. Les contraintes pesant sur les mères de famille monoparentale sont bien évidemment démultipliées.

Inégalités professionnelles et salariales se conjuguent aussi en termes de répercussions sur le montant des retraites perçues par les femmes qui demeurent en moyenne inférieures de 38 % à celles des hommes.

Dès lors, il faut prendre garde à un accroissement prévisible de la précarité pour un certain nombre de femmes qui, après avoir obéré leur parcours professionnel pour consacrer du temps à l'éducation de leurs enfants et/ou à l'aide de leurs ascendants, se retrouvent, le grand âge venu, confrontées à l'isolement, au manque de ressources et contraintes de renoncer aux soins.

² Le taux d'activité des femmes âgées de 25 à 49 ans, en couple avec un ou plusieurs enfants (de moins de 18 ans vivant au domicile) est de 89 % avec un enfant, 84,8 % avec deux enfants et 66,2 % avec trois enfants ou plus.

En outre, **les professionnels de la santé estiment que les inégalités entre les sexes ont conduit à une négligence systématique de la santé des femmes, y compris en matière de recherche et d'essais cliniques.** L'OMS dans un rapport publié en novembre 2009 consacré à *Les femmes et la santé - La réalité d'aujourd'hui - Le programme de demain* observe que « le sexe - le fait biologique d'être un homme ou une femme - et le genre - ont un impact important sur la santé ».

Le rapport sur *La santé des femmes en France*³ rendu public en juin 2009, première enquête exhaustive menée sur le sujet, outre un état des lieux, met également l'accent sur les différences entre hommes et femmes, les disparités territoriales, ainsi que les inégalités sociales en matière de santé.

La délégation aux droits des Femmes et à l'égalité des chances entre hommes et femmes se propose donc de cibler les temps forts de la vie des femmes, en prenant en compte l'influence induite par les contextes économiques, sociaux et culturels.

Impact des différentes inégalités (économiques, sociales...) sur la santé des femmes, analyse des risques spécifiques qui les concernent et appréciation de leur sous-estimation, mise en relief des périodes charnières, qu'il s'agisse de l'adolescence (troubles du comportement notamment alimentaire, sexualité, maîtrise de la fécondité), de la période des maternités, des actions de dépistage et de prévention organisées à des moments-clés avec l'objectif du « *bien vieillir* », mais aussi de l'anticipation des besoins liés au vieillissement et à la dépendance, tels seront les angles d'approche et les axes directeurs de cette communication.

Les recommandations émises tendront ensuite à approcher au plus près la définition de la santé par l'OMS « *La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ».

³ Le rapport sur *La santé des femmes en France* a été commandé en septembre 2007 à la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) par Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la Santé et des sports. Présenté sous forme de fiches thématiques par pathologies et déterminants de santé, il dresse un état des lieux de la santé des femmes en France en 2008.

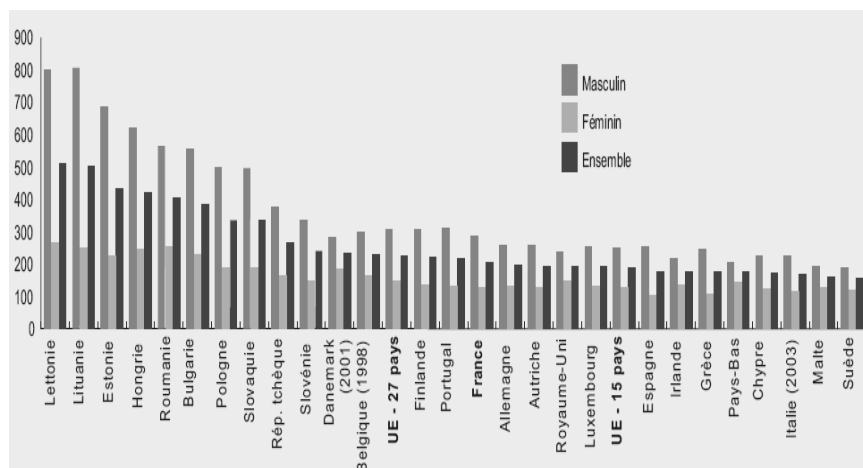
CHAPITRE I

LA SANTÉ DES FEMMES EN FRANCE EN 2010 : UN PORTRAIT CONTRASTÉ

Selon les données régulièrement publiées⁴ par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) rattachée aux ministères du Travail et des relations sociales et de la Santé, l'état de santé de la population en France apparaît globalement bon, mesuré à l'aune de l'espérance de vie qui est l'une des plus élevée au monde.

En revanche, la mortalité prématurée avant 65 ans demeure plus élevée chez les hommes que dans les autres pays de l'Union européenne (hors nouveaux adhérents d'Europe centrale), ainsi que dans une moindre mesure chez les femmes comme le confirme le graphique ci-dessous.

Graphique 1 : Mortalité prématurée dans l'Union européenne en 2005
(taux standardisés⁵ pour 100 000 habitants)



Champ : Europe 27 pays.

Sources : Eurostat/INSERM CépiDc.

En outre, des disparités sensibles perdurent tant entre hommes et femmes qu'entre territoires ou catégories sociales. Nous reviendrons sur ce dernier point dans le chapitre II.

⁴ *L'état de la santé de la population en France en 2008 - Suivi des objectifs de la loi de santé publique*, DREES, Études et résultats n° 711 (décembre 2009).

⁵ Taux de décès pour 100 000 habitants standardisés par âge - Réf. : Eurostat - IARC (1976).

I - UNE PLUS GRANDE LONGÉVITÉ ET UNE DIMINUTION DE L'ÉCART ENTRE FEMMES ET HOMMES

Ainsi que le relève le rapport, sur *La santé des femmes en France*⁶, au XX^e siècle, la mortalité des femmes a considérablement reculé, plus rapidement que celle des hommes. Toutefois, après s'être nettement creusé, passant de moins de six ans dans les années 1950 à plus de huit ans au cours de la décennie 1980, l'écart d'espérance de vie entre femmes et hommes a commencé à se réduire dans les années 1990 pour retomber à sept ans en 2005.

Durant les deux dernières décennies, l'avantage au bénéfice des femmes a diminué d'abord dans les pays anglo-saxons et nordiques puis plus récemment en France et dans les pays méditerranéens.

Ceci étant, l'espérance de vie à la naissance des Françaises est la plus élevée de l'Union européenne, supérieure de plus de deux ans à la moyenne dans l'UE27 (82,2 ans pour les femmes et 76,1 ans pour les hommes). Dans tous les États membres, elle dépasse celle des hommes, les écarts les plus faibles, de l'ordre de 4 ans, étant relevés aux Pays-Bas, en Suède et au Royaume-Uni⁷.

Il convient de rappeler que le recul de la mortalité maternelle (et infantile) est une véritable victoire de la deuxième moitié du XX^e siècle dans les pays industrialisés dont la France. Ces trente dernières années, la mortalité maternelle est passée de 25 à 9 décès pour 100 000 naissances. Ce taux désormais très faible pourrait encore être réduit grâce à un diagnostic précoce et une prise en charge adéquate des hémorragies de la délivrance qui représentent 20 % des décès maternels⁸.

Les motifs d'une espérance de vie plus élevée chez les femmes ont fait l'objet de débats : raisons biologiques avancées par certains, comportements plus favorables à la santé, rapport plus facile à la médecine.

De fait, tout au long de leur vie, les femmes sont plus attentives à leur état de santé et plus proches du système de soins que les hommes : elles sont plus nombreuses à déclarer consulter des médecins généralistes ou spécialistes et recourent davantage aux examens de prévention dont certains leur sont spécifiques comme les frottis et les mammographies. Par ailleurs, dans la tranche d'âge des 25-34 ans en particulier, deux femmes sur trois ont déjà fait doser leur cholestérol contre un homme sur trois, essentiellement en raison du suivi de la prise d'une pilule contraceptive. Les périodes de grossesse puis de la ménopause sont également l'occasion de bilans de santé assez complets. Les femmes sont enfin majoritairement plus attentives à leur équilibre alimentaire.

⁶ *La santé des femmes en France*, ouvrage publié sous la direction de Sandrine Danet et Lucile Olier avec les contributions de l'ensemble des producteurs de données dans le champ sanitaire et social. La documentation Française, avril 2009.

⁷ *Les femmes et les hommes dans l'UE27 : une perspective statistique*, Eurostat, Stat/10/35, 5 mars 2010.

⁸ *Vie de femmes - 50 ans d'avancées médicales*, Catherine Weil-Olivier avec la collaboration de Laurence Delchiaro. Éditions John Libbey Eurotext, avril 2008.

Certes en adoptant peu à peu les comportements plus favorables à la santé déjà répandus chez les femmes, les hommes comblent progressivement un retard surtout aux âges actifs. Toutefois, au-delà de 80 ans, l'avantage féminin continue de s'affirmer puisque la mortalité est en baisse à un rythme plus rapide pour les femmes que pour les hommes.

II - UNE SURMORTALITÉ MASCULINE DANS LA PLUPART DES CAUSES DE DÉCÈS MAIS UN RAPPROCHEMENT DE CERTAINES PATHOLOGIES

Parmi les 27 pays de l'Union européenne, la France présente le plus faible taux standardisé de mortalité⁹ chez les femmes (417,9 pour 100 000 femmes contre 522,4 pour l'ensemble de l'Europe) devant l'Espagne et la Suède. Le taux standardisé de mortalité des femmes est en baisse depuis 2000 et ce, quelle que soit la cause, à l'exception des cancers du poumon, du pancréas, du foie et de la vessie, qui reflètent en particulier le changement de comportement des Françaises vis-à-vis du tabac et de l'alcool, depuis des décennies.

A - LES CHANGEMENTS DE COMPORTEMENTS DES FEMMES INFLUENT SUR LE DÉVELOPPEMENT DE CERTAINES AFFECTIONS

À titre indicatif, parmi les femmes, c'est chez les cadres que la proportion de consommatrices d'alcool, à risque ponctuel, est la plus importante. Les femmes cadres présentent également le risque d'alcoolisme chronique le plus élevé. Quant au développement du tabagisme féminin au cours des quarante dernières années, il se traduit actuellement par un accroissement du taux de décès par cancer du poumon en particulier chez les femmes de moins de 65 ans (+ 105 % entre 1990 et 2005) alors qu'il a diminué dans le même temps chez les hommes (- 14 %), mais les décès par cancer du poumon restent néanmoins majoritairement masculins (80 % des décès concernent les hommes). Le tabac est également à l'origine de maladies respiratoires chroniques et de maladies cardio-vasculaires dont l'impact est considérable notamment pour la qualité de vie des personnes.

⁹ Pour comparer globalement la mortalité dans des populations différentes, on ne peut utiliser le taux brut de mortalité car il ne tient pas compte des différences de structure d'âge de ces populations. Ainsi une région dont la population est âgée peut avoir un taux brut de mortalité relativement élevé uniquement du fait de sa structure d'âge. Pour éliminer cet effet de l'âge, on utilise des **taux standardisés**. La standardisation par l'âge est la plus usuelle, mais on peut également standardiser par rapport à d'autres variables comme le sexe, la catégorie socioprofessionnelle, etc.

En 2006, 23 % des femmes et 33 % des hommes de 15 à 74 ans déclaraient fumer habituellement. Le pourcentage de fumeurs quotidiens décroît globalement depuis quelques années (effet conjoint de la hausse du prix et de l'information sanitaire) mais présente une relative stabilité chez les femmes depuis les années 1980. Toutefois, à l'adolescence, les habitudes de consommation des filles et des garçons sont désormais peu différenciées (un peu plus de 30 % des garçons et filles de 17 ans et plus fument quotidiennement).

En tout état de cause, le tabagisme constitue toujours un problème de santé publique¹⁰.

Les tumeurs sont devenues la première cause de décès chez les hommes dès 1997-1998, contrairement aux femmes, pour lesquelles les maladies de l'appareil circulatoire restent la première cause de mortalité. Il apparaît sur ce point d'une part, que les facteurs de risque (hypertension et diabète) ont beaucoup augmenté dans la population féminine et d'autre part, que la prise en charge d'urgence est moins pertinente chez les femmes que chez les hommes du fait d'une mauvaise appréciation du risque (*cf.* audition de Monique Kaminski, Annette Leclerc et Marie-Josèphe Saurel-Cubizolles).

Par ailleurs, une surmortalité masculine est toujours enregistrée pour les morts violentes particulièrement par accident de transports et par suicides. Selon les données du rapport sur *La santé des femmes en France*, plus de la moitié des décès féminins enregistrés en 2005 étaient dus aux maladies cardio-vasculaires (31,1 %) et aux tumeurs malignes (23,4 %) dont en tête le cancer du sein (18,8 % des décès par tumeurs malignes).

Au sein de l'Union européenne, la France se situe en dessous de la moyenne européenne (7^{ème} position sur 27) pour le taux de mortalité par cancer excepté pour la mortalité par cancer du sein qui se situe dans la moyenne européenne.

B - UNE MORTALITÉ PRÉMATURÉE LIÉE À DES COMPORTEMENTS À RISQUES

On regroupe sous le vocable de mortalité prématurée l'ensemble des décès survenus avant 65 ans, limite d'âge arbitraire mais retenue pour les comparaisons européennes. Une partie de ces décès pourrait être évitée par une réduction des comportements à risques. Les taux de décès avant 65 ans sont deux fois plus faibles chez les femmes que chez les hommes mais entre 1990 et 2005, leur diminution est toutefois moins marquée pour elles (- 19 %) que pour eux (- 27 %).

Globalement, parmi les 27 pays de l'Union européenne, la France se situe pour les femmes dans le groupe des pays à faible niveau de mortalité prématurée, derrière l'Espagne, la Grèce, l'Italie, la Suède et Chypre.

¹⁰ *L'état de santé de la population en France en 2008 - Suivi des objectifs de la loi de santé publique*, DREES, Études et résultats n° 711 (décembre 2009).

On constate par ailleurs des inégalités régionales : les taux de décès féminins prématurés les plus élevés s'observent dans le Nord-Pas-de-Calais, puis en Haute-Normandie, Picardie et Champagne-Ardenne ; les taux les plus faibles en Midi-Pyrénées et Rhône-Alpes.

On considère qu'un quart des décès féminins prématurés (38 % des décès masculins prématurés) pourraient être évités par une réduction des comportements à risques (consommation de tabac, d'alcool, conduites dangereuses...).

C - DES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ

Lors de leur audition conjointe devant la délégation, Monique Kaminski Annette Leclerc et Marie-Josèphe Saurel-Cubizolles, Chargées de recherche à l'INSERM, partant du constat que les inégalités sociales de mortalité sont plus importantes pour les hommes, ont présenté une analyse approfondie de cette observation en la confrontant avec deux indicateurs : le niveau d'études et le groupe socioprofessionnel.

Dans la tranche d'âge de 30 à 74 ans, en 2006, on relève 7,8 % de décès masculins contre 3,3 % de décès féminins, les causes de mortalité externes (accidents, suicides, violences) étant les plus nombreuses et à un taux quasi identique pour les hommes et les femmes. La faible qualification constitue un risque relatif de mortalité sensiblement augmenté pour les hommes par rapport aux femmes.

Concernant **le risque relatif de mortalité** selon le groupe socioprofessionnel, il apparaît toujours plus élevé pour les hommes notamment dans la catégorie « ouvriers non qualifiés », mais il est surtout singulièrement augmenté pour les deux sexes dans la catégorie « retraités », « chômeurs » et « inactifs ». **Il est particulièrement élevé pour les femmes retraitées et inactives qui apparaissent donc plus touchées par les inégalités sociales de santé.**

Marie-Josèphe Saurel-Cubizolles a précisé que si l'on met de côté les conditions et l'environnement de travail ainsi que les comportements individuels à risques, facteurs péjoratifs pour les deux sexes, **la prise en charge médicale, à toutes les étapes, de l'incidence jusqu'au décès, apparaît moins bonne pour les femmes que pour les hommes, en particulier pour les pathologies cardiovasculaires souvent mal décelées.** Ainsi, il y a plus d'inégalités sociales de mortalité par maladie cardio-vasculaire dans la population féminine par rapport à la population masculine. Quant à la surmortalité des femmes devenues inactives, une part des explications est à rechercher du côté des expositions professionnelles antérieures. *A contrario*, un mauvais état de santé peut expliquer l'inactivité. Toutefois, les recherches d'Annette Leclerc montrent que travailler dans de bonnes conditions est favorable à la santé.

Dès lors, ainsi que le confirme un récent rapport de l'Organisation mondiale de la santé (OMS)¹¹, la réduction des inégalités dans ce domaine passe par :

- l'accès à un emploi ;
- un « bon » statut dans l'emploi (versus emploi précaire et chômage) ;
- un maintien dans l'emploi - avec adaptation nécessaire - en cas de problème de santé ou restriction des possibilités ;
- une réduction aux expositions professionnelles (bruit, port de charges, répétitivité, exposition chimique...).

Il apparaît également que **la faible latitude décisionnelle constitue un facteur prédictif de maladie cardiovasculaire** et il concerne, d'une manière générale, davantage de femmes que d'hommes.

III - UNE PLUS GRANDE VULNÉRABILITÉ AU STRESS, À L'ANXIÉTÉ ET À LA DÉPRESSION

Ainsi que le relève le rapport précité sur *La santé des femmes en France*, certaines affections sont au moins deux fois plus fréquentes chez les femmes que chez les hommes. C'est le cas notamment de l'anxiété déclarée par 14 % des femmes et 7 % des hommes. Celle-ci concerne 5 % des filles et jeunes femmes de moins de 25 ans, 16 % des femmes de 25 à 64 ans et 21 % au-delà de 65 ans. **La dépression** qui est déclarée par 7 % des femmes en concerne presque 8 % entre 25 et 64 ans et 12 % chez les femmes plus âgées. Cette pathologie **est d'ailleurs un motif de consultation fréquent chez les femmes à tous les âges**. Ces troubles représentent la première cause de consultation entre 40 et 49 ans chez les femmes comme chez les hommes.

Les inégalités face à la dépression sont dues en partie à des situations économiques et sociales qui exposent davantage les femmes aux troubles dépressifs dans la sphère privée (mères de famille monoparentale) ou professionnelle (emploi peu qualifié, à faible latitude décisionnelle, temps partiel subi, chômage...). Même si une sous-estimation masculine n'est pas à écarter, différentes études montrant que les femmes déclarent davantage que les hommes leurs problèmes de santé, qu'il s'agisse de troubles physiques ou psychiques, pour autant, la fragilité féminine à cette pathologie est certaine. En effet, à âge, formation, situations conjugale et professionnelle identiques, les différentes sources de données mettent en évidence qu'une femme présente 1,5 à 1,8 fois plus de risques qu'un homme de vivre un épisode dépressif.

¹¹ *Comblant le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*, OMS (août 2008).

Les célibataires et plus encore les personnes en situation de séparation, divorce ou veuvage sont particulièrement vulnérables¹².

À noter que pour les femmes, la séparation ou le divorce est l'élément qui correspond au risque le plus élevé de vivre un épisode dépressif, alors que pour les hommes, c'est le veuvage.

D'une manière générale, les troubles dépressifs sont davantage dépistés et pris en charge parmi les femmes. Selon les enquêtes, 29 % à 45 % des femmes dépressives n'ont aucun recours aux soins (ni à un professionnel de santé, ni à une structure de soin, ni aux médicaments) contre 43 % à 55 % pour les hommes.

Ultime conséquence de la dépression, pour les 25-34 ans, les suicides constituent la première cause de mortalité pour les hommes et la deuxième pour les femmes, derrière les accidents de la circulation. Le taux de suicide augmente avec l'âge, plus fortement pour les hommes que pour les femmes. Ces dernières font en revanche plus fréquemment des tentatives et rapportent plus de pensées suicidaires. Par ailleurs, **la France se situe dans le groupe de pays européens à fréquence élevée de suicide féminin aux côtés de la Belgique et de la Finlande.**

IV - UNE EXPOSITION PLUS FRÉQUENTE AUX ATTEINTES À LA SANTÉ AU TRAVAIL

Dans tous les pays industrialisés, les études épidémiologiques se multiplient depuis le début des années 1980 et décrivent des liens causaux entre l'exposition à des facteurs psychosociaux au travail et une atteinte de la santé en particulier mentale mais aussi cardiovasculaire, musculo-squelettique... Ces études mettent également en évidence que les femmes sont plus fréquemment exposées que les hommes à ces facteurs professionnels.

Selon le rapport sur *La santé des femmes en France*, **près d'une femme sur trois est exposée à des tensions au travail alors que c'est le cas pour à peine un homme sur cinq.** Ces écarts sont les plus importants pour les catégories les moins favorisées : ouvriers et employés.

En outre, lorsqu'ils travaillent au contact du public, une femme sur quatre et un homme sur dix déclarent avoir été victimes d'une agression physique ou verbale (les plus nombreuses) dans les douze mois précédant l'enquête. Les professions féminines les plus touchées sont celles de la santé et du travail social, ainsi que les métiers d'accueil.

¹² *Facteurs de risque des épisodes dépressifs en population générale*, DREES Études et résultats, n° 545, décembre 2006.

Femmes et hommes dans le champ de la santé. Pierre Aïach. Éditions de l'ENSP, 2001.

A - DES RISQUES DIFFÉRENTS

Au vu de données épidémiologiques encore rares¹³, **les femmes apparaissent davantage concernées par les troubles musculo-squelettiques (TMS) au sein de la population salariée.** L'enquête Sumer¹⁴ montre que 58 % des troubles musculo-squelettiques déclarés touchent les femmes avec un risque d'exposition (notamment dans l'industrie agroalimentaire, la grande distribution et les services aux personnes) de 22 % supérieur à celui des hommes. Les femmes se plaignent en particulier beaucoup plus que leurs collègues masculins de douleurs aux membres supérieurs. L'explication avancée est que les postes de travail qu'elles occupent de façon préférentielle sont notamment dans l'assemblage et dans l'emballage, des activités qui impliquent rapidité, précision, mouvements répétitifs et position assise prolongée. Le travail de bureau n'est pas exempt de ce type de pathologie. Ainsi, le travail sur écran pendant au moins six heures d'affilée favorise les troubles des membres supérieurs et dès quatre heures, ceux-ci sont plus marqués chez les femmes¹⁵.

Les études épidémiologiques conduites jusqu'à maintenant ne révèlent aucune différence significative entre les hommes et les femmes concernant les lombalgies et mal de dos et montrent que la prévalence des TMS augmente avec l'âge pour les deux sexes. Chez les 50-59 ans, 27 % des femmes (19 % des hommes) souffrent d'au moins un TMS en particulier d'un membre supérieur.

À titre indicatif, pour plus de 170 000 syndromes du canal carpien opérés par an (en lien en particulier avec les activités répétitives et précises du travail à la chaîne), seulement 12 000 sont reconnus en maladie professionnelle et pris en charge en conséquence par la caisse AT/MP.

À ces troubles physiques s'ajoutent des perturbations psychologiques, les femmes étant plus exposées et plus vulnérables à la violence en milieu de travail et par le travail. La **violence au travail** est différente selon le genre : les hommes sont davantage victimes d'agressions le plus souvent physiques notamment de la part de collègues tandis que les femmes sont plus souvent confrontées à du harcèlement moral et/ou sexuel de la part de leur hiérarchie ou des menaces ou intimidations de la part de la clientèle ou des tiers. La **violence dans l'organisation du travail** est également répandue dans de nombreux emplois féminins : surcharge, cadence rapide, manque de formation, changements imprévus d'horaires...

¹³ Un programme de surveillance épidémiologique a été mis en place par l'Institut de veille sanitaire en 2002.

¹⁴ L'enquête Sumer (Surveillance médicale des expositions aux risques professionnels) copilotée par la DARES et la Direction générale du travail décrit les contraintes organisationnelles, les expositions professionnelles de type physique, biologique et chimique auxquelles sont soumis les salariés. Les résultats de la dernière étude (2003) sont en cours d'actualisation.

¹⁵ *Sécurité et santé au travail : hommes et femmes ne sont pas égaux*, Travail et Sécurité, 11-04.

Les conséquences à long terme sur l'état de santé de conditions de travail défavorables demeurent malheureusement peu évaluées que ce soit en matière de troubles musculo-squelettiques ou d'exposition à des substances nocives y compris à potentialité cancérogène, mutagène ou reprotoxique.

Les fiches d'exposition aux risques professionnels sont loin d'être à jour pour de nombreux métiers mais, en outre, en matière de sécurité et de santé, fort peu d'études ont été conduites en établissant un distinguo entre les hommes et les femmes. Différents travaux font d'ailleurs état de l'invisibilité de certains risques encourus par les femmes tant au niveau physique que psychosocial¹⁶.

Les travaux de Karen Messing mettent en particulier en évidence le fait que la construction des normes n'est pas neutre du point de vue du genre et prend plus en considération les situations des hommes que celles des femmes. En fait, sous un même intitulé de catégorie socioprofessionnelle, les tâches à effectuer et l'organisation du travail sont différentes pour les hommes et pour les femmes et donc les conditions de travail et les risques professionnels qui en découlent.

Les constats plaident en faveur d'une analyse différenciée du travail des hommes et des femmes et de leurs effets sur leur état de santé.

En 2003, Laurent Vogel, chargé de recherches au Bureau technique syndical européen pour la santé et la sécurité (BTS) publiait un ouvrage intitulé *La santé des femmes en Europe : des inégalités non reconnues*, qu'il concluait en indiquant qu'« il existe un déficit réel des connaissances mais l'obstacle principal est politique, y compris dans la production des connaissances... L'on en sait très peu parce qu'on écarte énormément d'informations, qu'on ne les analyse pas, qu'on les considère comme des curiosités sans véritable intérêt pour une sérieuse politique de prévention ». La France, par exemple, est le seul pays de l'Union européenne qui ne donne pas d'informations sur la répartition des accidents et des maladies professionnelles selon le sexe.

Ainsi parmi les atteintes à la santé liées au milieu de travail : atteintes directes à l'intégrité physique dues généralement à des agents matériels (machines, substances), phénomènes d'hyper-sollicitation dus à une activité inappropriée ou excessive et atteintes à la dignité (humiliations, brimades, harcèlement), les femmes sont plus exposées aux atteintes des deuxième et troisième groupes, les hommes du premier. C'est plus sur celui-ci que les pratiques de prévention sont privilégiées.

¹⁶ Danièle Kergoat, *Les absentes de l'Histoire - Ouvriers, ouvrières - Un continent morcelé et silencieux*, Autrement, Série « Mutation », n° 126 (1992).

Karen Messing, *La place des femmes dans les priorités de recherche en santé au travail au Québec*, Relations industrielles, volume 57, n° 4 (2002), ainsi que d'autres travaux cités par l'ANACT in *Genre et conditions de travail*, Études et documents (octobre 2009).

B - UN DÉFICIT D'ÉVALUATION ET DE RECHERCHES

Quant à la sous-estimation des facteurs professionnels et au déficit de recherches sur des maladies liées aux conditions de travail de certaines femmes, ils sont flagrants. Laurent Vogel estime en particulier que « *les études sur le rôle des facteurs professionnels dans les cancers du sein - le cancer qui affecte le plus grand nombre de femmes - restent rares et de nombreuses hypothèses mériteraient d'être vérifiées* ».

Ainsi, la première étude épidémiologique sur le sujet n'a été publiée qu'en 1996 alors que l'hypothèse d'une corrélation entre le travail de nuit et ce type de cancer a été émise dès 1987¹⁷.

Or le travail de nuit des femmes progresse plus rapidement que celui des hommes depuis le début des années 1990 dans le tertiaire (santé surtout) mais aussi dans l'industrie¹⁸ ; dans presque tous les cas, le travail de nuit des femmes se cumule avec le travail le samedi et/ou le dimanche, source de fatigue et de stress supplémentaires.

Il a fallu attendre 2008 pour que le Centre international de recherche sur le cancer (CIRC) qui fait partie de l'OMS, s'appuyant sur une série d'études épidémiologiques réalisées auprès d'infirmières travaillant la nuit et d'hôtesse de l'air soumises à de fréquents décalages horaires, mette en évidence un risque de cancer du sein plus élevé parmi ces salariées que chez celles qui travaillent de jour.

Au Danemark, depuis 2007, le cancer du sein est reconnu et indemnisé comme maladie professionnelle en cas de travail de nuit de longue durée. La décision du gouvernement danois de répertorier le cancer du sein comme possible maladie professionnelle se fonde sur plusieurs études et notamment sur celle du CIRC.

¹⁷ Ces études ont montré que l'exposition durant la nuit à la lumière vive diminue la production de mélatonine. Chez les femmes, cela conduirait à une augmentation de la production d'œstrogènes et une élévation du niveau d'œstrogènes a été associée au risque de cancer du sein. Chez les hommes travaillant la nuit, les risques de certains cancers hormono-dépendants pourraient également être augmentés.

¹⁸ *Le travail de nuit : impact sur les conditions de travail et de vie des salariés*, avis voté par le Conseil économique, social et environnemental le 7 juillet 2010, rapporté par M. François Édouard, par ailleurs vice-président de la délégation aux droits des Femmes et à l'égalité des chances entre hommes et femmes.

V - UN RISQUE ACCRU DE SUBIR DES VIOLENCES

Les violences envers les femmes sont multiples : sans compter les agressions subies dans le cadre familial, 6 % des femmes entre 18 et 59 ans ont été l'objet d'injures sexistes en 2006, 2,5 % ont été agressées physiquement et 1,5 % a déclaré avoir subi un viol ou une tentative de viol, cette dernière statistique étant certainement très inférieure à la réalité, compte tenu des tabous sur cette agression et des fortes réticences psychologiques des victimes à la dénoncer¹⁹.

A - L'AMPLEUR ET LES CONSÉQUENCES SANITAIRES MAL CERNÉES DES VIOLENCES CONJUGALES

En matière de violences, être femme expose, être femme et jeune surexpose. Les agressions sexuelles et les violences domestiques envers les femmes se rencontrent dans tous les milieux sociaux mais sont plus fréquentes dans ceux à faible niveau scolaire.

Parmi ces violences, le projecteur est fortement braqué sur celles commises au sein du couple dont l'évaluation exacte demeure sous-estimée, la visibilité se focalisant sur les issues tragiques : au cours de l'année 2008, 156 femmes (soit une tous les deux jours et demi) sont décédées, victimes de leur compagnon ou ex-compagnon (pour 27 hommes décédés, victimes de leur compagne ou ex-compagne, la plupart en état de légitime défense).

L'enquête « *Événements de vie et santé* » (EVS), menée de novembre 2005 à février 2006, s'est attachée à établir des liens entre violences subies, état de santé, conditions et parcours de vie pour les personnes de 18 à 75 ans résidant en France métropolitaine. Dans nombre de collectivités ultramarines, ce problème est également très prégnant. À la Réunion par exemple, l'État et le département s'efforcent d'organiser la cohérence dans les prises en charge de femmes victimes de violences et de leurs enfants²⁰.

L'enquête EVS²¹ révèle que si les deux tiers de la population âgée de 18 à 75 ans apparaissent préservés des atteintes violentes et des événements difficiles de la vie, le dernier tiers cumule violences subies (atteintes psychologiques, physiques ou sexuelles), état de santé mentale dégradé et parcours biographique heurté.

¹⁹ Lorraine Tournyol du Clos et Thomas Le Jeannic, *Les violences faites aux femmes*, INSEE Première n° 1180 (février 2008).

²⁰ *L'offre de santé dans les collectivités ultramarines*, avis du Conseil économique, social et environnemental du 24 juin 2009, sur le rapport présenté par Mme Jacqueline André-Cormier

²¹ Catherine Cavalin, *Santé dégradée, surexposition aux violences et parcours biographiques difficiles pour un tiers de la population*, Résultats de l'enquête *Événements de vie et santé*, DREES, *Études et résultats* n° 705 (octobre 2009).

Car c'est en matière de santé mentale, encore plus que physique, que femmes et hommes expriment le retentissement sur leur santé des diverses brutalités endurées, l'état de santé mentale constituant probablement aussi une caisse de résonance aux violences et autres difficultés éprouvées.

Les principaux enseignements de cette enquête sont les suivants :

- les femmes sont surexposées aux violences sexuelles, à des taux significatifs, de l'enfance à l'âge adulte. La première enquête nationale sur les violences envers les femmes en France (ENVEFF) a été réalisée en 2000 et jamais rééditée sous cette forme depuis 10 ans. Des enquêtes plus récentes telles que Événements de vie et santé citée plus haut ou celles périodiquement réalisées par l'Observatoire national de la délinquance ont contribué à mettre au jour une petite partie de l'iceberg quant à ce type de violences qui demeurent largement cachées.

L'ENVEFF a établi que la majorité des femmes de 20 à 54 ans victimes de violences sexuelles durant leur vie entière n'ont jamais parlé avant d'être interrogées sur ce sujet dans l'enquête. Le viol apparaît comme la moins dicible des agressions (57 % de cas où la victime garde le silence). Quant au voile sur le tabou de l'inceste qui dévaste toute la vie des victimes, il est encore loin d'être levé²².

Les progrès les plus sensibles dans la connaissance de ces violences proviennent des déclarations, préservant l'anonymat des victimes, recueillis dans le cadre des enquêtes. 90 % des victimes n'effectuent aucun signalement à la police et seulement 7,6 % des femmes de 18 à 60 ans victimes de violences physiques ou sexuelles exercées par leur conjoint ont porté plainte en 2005 et 2006 (statistiques de l'Observatoire national de la délinquance publiées en 2007) ;

- le cumul des violences de différentes natures (physiques, psychologiques, verbales) est fréquent dans la population étudiée ;
- la gravité des faits pour les femmes est plus grande quand l'auteur des violences est un proche de la victime ;
- les liens sont statistiquement significatifs entre les violences subies et certaines caractéristiques de l'état de santé des victimes. Il existe en particulier une probabilité accrue de souffrir de divers troubles psychiques (angoisse, anxiété, repli sur soi), notamment d'avoir effectué au moins une tentative de suicide. Les troubles gynécologiques sont également très fréquents : douleurs pelviennes chroniques, infections et hémorragies vaginales. Ces manifestations sont majorées lorsque le contexte biographique de la victime est difficile.

²² La loi n° 2010-121 du 8 février 2010 renforce la lutte contre l'inceste sur les mineurs et l'accompagnement des victimes.

Les femmes victimes de violences consomment plus souvent et plus régulièrement des médicaments psychotropes.

B - LES EFFETS DÉSASTREUX D'AUTRES TYPES DE VIOLENCES

Une étude sur « *Excision et handicap* » menée en 2007-2008 par l'INED et l'INSERM dans le cadre du Plan violence et santé du ministère de la Santé, a fait une estimation de 53 000 femmes ayant subi une **mutilation sexuelle** vivant en France en 2004 dont vraisemblablement 20 % avaient été excisées sur le territoire national.

Outre le traumatisme physique et psychologique, les conséquences sanitaires de ces actes sont dramatiques : hémorragies pouvant entraîner le décès, infections, abcès, complications obstétricales importantes quand ils ne sont pas responsables de stérilité.

Le renforcement du dispositif législatif existant (loi du 4 avril 2006) associé à des actions d'information et de sensibilisation des communautés concernées et des différents professionnels à leur contact ont contribué à un recul important de ces pratiques durant les quatre dernières années. La vigilance reste cependant de mise.

Phénomène encore difficile à chiffrer, les **mariages forcés** s'inscrivent dans le cadre des violences faites aux femmes avec pour conséquence des relations sexuelles non consenties, des viols, des grossesses non désirées, des troubles dépressifs pouvant aller jusqu'au suicide sans parler de la séquestration et de la déscolarisation pour les plus jeunes.

Face à la croissance du nombre de cas signalés par les associations qui travaillent auprès des communautés concernées (le Haut conseil à l'intégration estime à 70 000 le nombre d'adolescentes et de jeunes majeures mariées de force, ou menacées de l'être, mais ce chiffre est très incertain) qui peut aussi refléter - il faut s'en réjouir - une plus grande réactivité des jeunes filles potentiellement victimes, la répression et la prévention des mariages forcés ont été renforcées en France par la loi du 4 avril 2006, la sensibilisation des assistantes sociales et des infirmières scolaires, des enseignants ainsi que des officiers d'état civil et le recul de l'âge légal du mariage pour les jeunes filles de 15 à 18 ans.

Autre phénomène difficile à détecter et à quantifier : la **maltraitance des personnes âgées** , parfois banalisée et ancrée dans des petits gestes du quotidien. À domicile ou en établissement, elle se traduit par une infantilisation des personnes, des gestes brutaux, une absence de soins, des menaces ou des insultes.

À domicile, il s'agit de pressions psychologiques ou de comportements liés à l'épuisement des aidants eu égard aux soins à apporter à une personne très dépendante. En établissement, les dérapages sont le plus souvent provoqués par une incapacité du personnel à gérer certaines situations (manque de temps, effectif insuffisant).

Les données recueillies par les réseaux associatifs révèlent que les victimes sont en majorité des femmes (75 %) de 80 ans et plus, 30 % des violences se produisant dans des institutions et 70 % au domicile des personnes.

Les **violences liées à la traite des êtres humains**, dont les conséquences physiques, d'ordre gynécologique (peu ou pas de suivi, MST et sida), infectieux, traumatique ou psychiques (y compris addiction aux drogues dures, aux psychotropes et à l'alcool) sont très graves, **ne sont pas abordées ici**. Elles constituent en effet un sujet à part entière auquel le Conseil économique, social et environnemental a d'ailleurs consacré un avis intitulé *L'esclavage contemporain et ses réseaux* présenté en février 2003 par Mme Michèle Monrique, par ailleurs ancienne vice-présidente de la délégation aux droits des Femmes et à l'égalité des chances entre hommes et femmes.

VI - UN RENONCEMENT AUX SOINS PLUS FRÉQUENT PAR MANQUE DE TEMPS OU D'ARGENT

Selon le rapport sur *La santé des femmes en France*, en 2006, 14,2 % des assurés sociaux résidant en France ont déclaré avoir renoncé à des soins ou les avoir reportés au moins une fois au cours des 12 mois précédant l'enquête pour des raisons financières. Ce renoncement apparaît plus élevé chez les femmes (16,5 %) que chez les hommes (11,7 %). Renoncer à se faire soigner est certes parfois signe de difficultés dans l'accès aux soins mais peut aussi être révélateur d'autres phénomènes (évaluation de la réelle nécessité de voir un médecin, manque de temps...). Le tableau ci-dessous recense les principales raisons évoquées pour expliquer ce renoncement par les hommes et les femmes dans l'ensemble des pays européens.

Tableau 1 : Renoncer à voir un médecin pour des examens dont on a besoin : principales raisons évoquées (en %)

	Hommes	Femmes	Ensemble
Ne pas en avoir les moyens, trop cher	27,1	35,1	31,4
Délai pour le rendez-vous trop long, file d'attente trop importante	15,4	16,9	16,2
Pas de temps en raison des obligations professionnelles ou familiales	16,4	12,1	14
Médecin trop éloigné, difficultés de transport pour s'y rendre	1,4	2,8	2,2
Peur d'aller voir un médecin, de faire faire des examens ou de se soigner	6,4	4,7	5,5
A préféré attendre de voir si les choses iraient mieux d'elles-mêmes	18,3	13,2	15,5
Ne connaissait pas de bon médecin	1,7	1,7	1,7
Autres raisons	13,4	13,5	13,5

Source : INSEE, EU-SILC 2005.

Ce sont les soins les moins bien remboursés par l'assurance-maladie qui sont à l'origine de la majorité des renoncements. Les soins buccodentaires concentrent près de la moitié de ceux-ci (45 % chez les femmes et 52 % chez les hommes). Les femmes renoncent par ailleurs plus fréquemment que les hommes à des soins de spécialistes (14 % des motifs de renoncement des femmes et 10 % de ceux des hommes) essentiellement pour l'ophtalmologie, la gynécologie et la dermatologie.

La mise en place depuis le 1^{er} janvier 2000 de la Couverture médicale universelle complémentaire (CMUC) assurant une couverture maladie complémentaire gratuite, sous conditions de ressources, aux personnes résidant en France de manière stable et régulière, a réduit le phénomène de renoncement aux soins. Néanmoins, plus d'une femme sur cinq âgée de 25 ans et plus et bénéficiaire de la CMUC déclare avoir renoncé à des soins pour des raisons financières.

Ce renoncement concerne bien évidemment aussi le recours aux examens de prévention et de dépistage. Ainsi, parmi les femmes de 40 ans et plus appartenant à des ménages modestes, 34 % n'ont jamais réalisé de mammographie (contre 19 % des autres femmes de plus de 40 ans). Il en est de même pour les frottis permettant de détecter les cancers du col de l'utérus : 12 % des femmes disposant de faibles ressources, âgées de 20 à 70 ans, n'en ont jamais réalisés ; c'est deux fois plus que dans le reste de la population²³.

²³ Thibaut de Saint Pol, *La santé des plus pauvres*, INSEE Première n° 1161 (octobre 2007).

CHAPITRE II

DES SPÉCIFICITÉS FÉMININES À DIFFÉRENTS MOMENTS DU CYCLE DE VIE

I - DES ÉTAPES-CLÉS COMPORTANT CERTAINS DANGERS

L'adolescence est une période cruciale particulièrement pour les filles. Elle influence en outre sensiblement le type de femme et de mère qu'elles deviendront. Il est donc essentiel de veiller à ce que la société et le système de santé repèrent et répondent de manière appropriée aux besoins de santé des adolescentes.

A - ADOLESCENCE : UNE PÉRIODE GLOBALEMENT SYNONYME DE BONNE SANTÉ MAIS NON EXEMPTÉ DE RISQUES

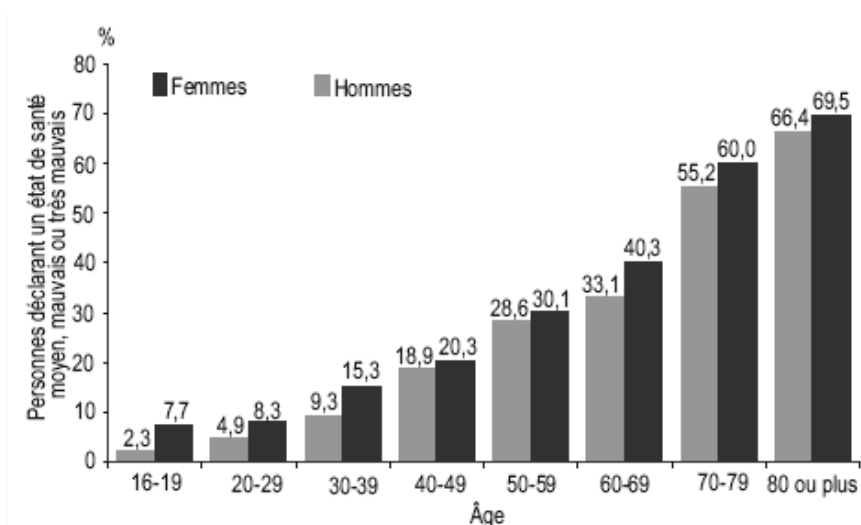
L'adolescence se caractérise habituellement par des taux de mortalité et de décès peu élevés, la plupart du fait d'accidents notamment de la circulation et affectant davantage les garçons que les filles. Les accidents de la circulation sont la première cause de mortalité pour les 15-24 ans avec 41 % des causes de mortalité chez les jeunes hommes de cet âge. Les femmes sont environ trois fois moins concernées par ces accidents que les hommes.

Cette période correspond par ailleurs à de profonds changements sur les plans physique, social et affectif rendant les adolescents vulnérables à des comportements dangereux pour leur santé.

1. Une perception différente de leur état de santé par les filles et les garçons

La perception de l'état de santé diffère de manière importante entre les hommes et les femmes, à tous les âges de la vie, comme le montre le graphique de la page suivante. On notera que l'écart est déjà sensible dès la tranche d'âge 16-19 ans.

Graphique 2 : État de santé perçu comme moyen, mauvais ou très mauvais selon l'âge et le sexe en 2006



Champ : France métropolitaine.

Sources : Enquête ESPS 2006, IRDES - Rapport sur *La santé des femmes en France* (2009).

Le dossier établi par la DREES à l'occasion de la Conférence biennale sur la santé des jeunes organisée le 29 octobre 2009 révèle que le jugement des jeunes sur leur santé est influencé à la fois par les modes de vie, la relation à leur corps et leur état de santé psychique. Sur ce dernier point, la nervosité est particulièrement mise en relief : près d'un tiers (31 %) des jeunes interviewés dans le cadre de la préparation de cette conférence ont fait état d'une fréquente nervosité, les filles davantage que les garçons (40,7 % contre 22,5 %). Dans le même registre, un jeune sur cinq dit éprouver des difficultés de sommeil. Là encore, ces problèmes sont davantage cités par les filles (26 %) que par les garçons (16 %). Lors de son audition devant la délégation, Mme Corinne Vaillant a par ailleurs précisé qu'il était établi que le temps de sommeil des adolescents avait diminué de 2 à 3 heures en 30 ans.

Les adolescentes apparaissent plus insatisfaites de leur image corporelle que les adolescents. C'est particulièrement significatif quant à l'appréciation d'une éventuelle surcharge pondérale. Ainsi parmi les adolescents et adolescentes ayant un poids normal, les filles sont plus nombreuses à se trouver grosses (39 %) que les garçons (10 %). Parmi les adolescents en surpoids, plus de 50 % des garçons mais seulement 20 % des filles se trouvent « bien ». Le problème du surpoids et de l'obésité, en augmentation forte depuis cinq ans, sera abordé dans le II de ce chapitre.

2. Consommation de produits psychoactifs

Entre 2000 et 2005, la prévalence du tabagisme féminin a diminué parmi les 12-15 ans (de 18 % à 11 %), les 16-25 ans (de 44 % à 38 %) et dans une moindre mesure les 26-35 ans (de 42 % à 36 %) mais sans évolution notable pour les plus âgées.

L'alcool est de fait le produit psychoactif le plus largement consommé à l'adolescence. Mme Corinne Vaillant, lors de son audition, a précisé que si la consommation régulière (plus de 10 fois par mois) d'alcool demeurerait rare à l'adolescence, les processus d'alcoolisation des filles tendaient désormais à rejoindre les conduites masculines. L'ivresse alcoolique est en particulier en forte augmentation entre 2002 et 2006 : ainsi 41 % des élèves de 15 ans déclarent avoir déjà été ivres contre 30 % en 2002 (44 % des garçons et 38 % des filles âgés de 15 ans).

La consommation de cannabis, drogue illicite la plus consommée en France, tend désormais à converger entre filles et garçons (le *sex ratio* est passé de 1,4 à 1,1 de 2002 à 2006).

La tendance à la polyconsommation des produits psychoactifs, associés à des médicaments (notamment des anxiolytiques dont l'usage est plus répandu chez les femmes que chez les hommes) est également en augmentation.

Ces constats inquiétants ont conduit la ministre de la Santé à charger l'INPES de la diffusion sur Tabac info services de conseils et de messages spécifiquement destinés aux femmes, ainsi qu'à interdire la vente de tabac et d'alcool aux mineurs de même que la pratique des opens bars dans le cadre de la loi « *Hôpital, santé, patients, territoires* » du 21 juillet 2009.

3. Troubles du comportement alimentaire

Les troubles des conduites alimentaires sont classés parmi les affections psychiatriques. Parmi ces troubles, figurent l'anorexie mentale, la boulimie nerveuse ainsi que différentes formes atténuées de ces pathologies.

L'anorexie mentale concerne entre 30 000 et 40 000 personnes, dont 90 % de femmes. On constate deux pics de fréquence autour de 14 ans et de 18 ans. Les études révèlent deux principaux déterminants : le perfectionnisme et une faible estime de soi. Mme Corinne Vaillant a précisé lors de son audition que les équipes de santé scolaire étaient les observateurs privilégiés de l'apparition de ces troubles. Cette pathologie est fréquemment rencontrée dans les lycées généraux et touche désormais des milieux antérieurement préservés pour des raisons socioculturelles (communauté maghrébine ou africaine) ; elle peut survenir de plus en plus précocement, ce qui en accroît la gravité. Les complications sont non seulement physiques (dénutrition, troubles digestifs, cardiaques, rénaux, dentaires...) mais aussi psychiques (dépression et troubles de la personnalité).

L'anorexie mentale compte parmi les pathologies psychiatriques ayant la plus forte mortalité, soit par complications somatiques, soit par suicide. Les connaissances sur la boulimie, fréquemment associée aux conduites de restriction alimentaire, sont encore moins avancées.

De fait, bien que fort médiatisés, en particulier dans la presse féminine, **ces troubles ne bénéficient pas pour l'instant dans notre pays d'une réelle prise en compte des pouvoirs publics**. Faute d'une information suffisante et d'une politique de prévention et de soins adaptée, les différents intervenants de proximité auprès des jeunes filles concernées, notamment dans les milieux scolaire et universitaire, se sentent souvent démunis. Cette situation est d'autant plus dommageable qu'un dépistage précoce et un délai court entre le début des symptômes et le début des soins est très fortement lié à un pronostic d'évolution favorable.

B - PÉRIODE DE FÉCONDITÉ : L'ÉMERGENCE DU CONCEPT DE « SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE » SE HEURTE À UN CERTAIN NOMBRE DE LIMITES

Les enquêtes régulières sur l'évolution du contexte de la sexualité en France (dernière exploitation en 2008) ne montrent pas d'évolution marquée dans le sens d'une plus grande précocité du premier rapport sexuel par rapport à 2000 (17,6 ans pour les filles et 17,2 ans pour les garçons). En revanche, ces dernières années se caractérisent par une augmentation importante et régulière de l'utilisation du préservatif lors de ce premier rapport (près de 90 %). Cette évolution atteste de l'efficacité des politiques de prévention engagées autour des questions de sexualité (y compris protection contre les pathologies sexuellement transmissibles).

Pour autant, l'amélioration de la perception des risques se heurte d'une part, à la **persistance d'inégalités sociales fortes** dont témoigne la moindre propension des personnes les moins diplômées à utiliser le préservatif au premier rapport sexuel ou à se faire dépister pour une Infection sexuellement transmissible (IST) d'autre part, à une **méconnaissance des différentes méthodes de contraception et de leur utilisation** (condition de l'arrêt de l'utilisation du préservatif au profit d'une autre méthode de contraception, en particulier lorsque la relation s'installe dans la durée).

Toutefois, avant d'envisager les différents aléas susceptibles d'affecter la santé sexuelle et reproductive, il importe de rappeler, comme l'a fait la délégation aux droits des Femmes et à l'égalité des chances entre hommes et femmes dans sa communication *1968-2008 : évolution et prospective de la situation des femmes dans la société française*, rapportée en 2009 par Pierrette Crosemarie, qu'« *une éducation à la sexualité et au respect de l'autre est non seulement une condition impérative pour un futur choix libre et éclairé de donner la vie, mais aussi le meilleur moyen de prévention de toutes les formes de violences* ».

L'éducation sexuelle est une mission de santé publique qui relève en premier ressort de l'État auquel il appartient de veiller à la coordination des différents intervenants qui participent à cette éducation avec des approches pédagogiques différentes et complémentaires.

Les parents jouent bien sûr un rôle important dans l'éducation sexuelle de leurs enfants mais, outre que certains d'entre eux sont hésitants sur la manière d'aborder le sujet et ne savent pas toujours bien comment s'y prendre, l'école demeure le lieu où une grande partie des informations est diffusée. Les associations de parents d'élèves doivent bien évidemment demeurer partie prenante des différentes initiatives d'information et de débat organisées dans les établissements.

Lors de son audition, Mme Corinne Vaillant a notamment souligné le cadre précis et pertinent que fixe la circulaire d'application de la loi du 4 juillet 2001, en date du 17 janvier 2003. Celle-ci détaille les modalités de mise en œuvre de l'éducation à la sexualité dans les écoles, collèges et lycées qui constituent de fait des lieux-cibles. Malheureusement, ainsi que la délégation aux droits des Femmes et à l'égalité des chances entre hommes et femmes l'avait déjà déploré dans sa communication précitée, faute de disponibilité et/ou d'effectifs suffisants des personnels sociaux et de santé, relais privilégiés au sein des établissements, et de financement pour mettre en place les partenariats avec les organismes extérieurs (associations de planning familial notamment) la mise en pratique effective demeure très limitée.

Mme Brigitte Jeanvoine, médecin scolaire et conseillère générale du Val-de-Marne, lors d'un entretien avec la rapporteure, a souligné que la mise en œuvre de la circulaire précitée est très inégale d'un établissement à l'autre. Elle se limite trop souvent à une intervention qui ne croise pas les autres champs disciplinaires (littérature, éducation civique, arts plastiques par exemple...).

Or un apport ponctuel reste insuffisant pour permettre aux élèves d'intégrer les messages d'éducation à la sexualité et de respect mutuel visant à développer des attitudes de responsabilité individuelle, familiale et sociale.

1. Les obstacles à une démarche contraceptive harmonieuse et sereine

1.1. Les difficultés d'accès à une contraception adaptée

Ainsi que le souligne le rapport sur *La santé des femmes en France*, si le manque d'informations ou de connaissances apparaît particulièrement marqué chez les très jeunes femmes, c'est surtout la non reconnaissance sociale de la sexualité des jeunes dans certains milieux sociaux, qui rend problématique leur inscription dans une démarche contraceptive. Ainsi, une jeune femme peut-elle avoir accès à une méthode de contraception sans pouvoir l'utiliser de peur que sa découverte par l'environnement familial (parents, frères) ne dévoile une sexualité qui reste socialement proscrite dans son milieu.

Parmi les femmes de 15 à 54 ans qui déclarent avoir eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois, 73 % indiquent utiliser un moyen pour éviter une grossesse, la pilule étant la méthode la plus courante quel que soit l'âge (57,4 %). La fréquence maximale de recours à la pilule contraceptive est enregistrée parmi les femmes de 20 à 24 ans qui sont 87,8 % à l'utiliser. Son usage décline à partir de 35 ans (42,1 % contre 73,4 % avant 35 ans) au profit d'une augmentation du recours au stérilet. Celui-ci occupe la seconde place des méthodes contraceptives (24,2 %). Cette modalité reste toutefois marginale avant 30 ans (4,3 %) progressant rapidement ensuite (22,2 % entre 30 et 34 ans, 38,2 % entre 35 et 54 ans).

De fait en 2008, seuls moins de 5 % des femmes concernées (en âge et en situation de procréer) n'utilisaient aucune méthode contraceptive.

Pourtant, ainsi que le relève un récent rapport de la délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre hommes et femmes de l'Assemblée nationale²⁴, **il y a eu au fil du temps une très grande diversification des méthodes de contraception** : patch ou implant contraceptifs, anneau vaginal, diaphragme, cape cervicale, spermicides..., **sans que l'état des connaissances de la population et l'information des jeunes femmes et des médecins suivent cette évolution des techniques**. Par ailleurs, à l'exception de l'implant, ces dispositifs ne sont pas pris en charge par la sécurité sociale et leur coût (de l'ordre de 150 à 200 euros par an pour l'anneau et le patch) constitue un obstacle évident à leur diffusion. La pilule, dont toutes les formules ne sont pas remboursées (notamment les plus adaptées aux jeunes filles), fait l'objet d'une prescription « de principe » alors qu'elle ne convient pas forcément le mieux à la situation individuelle et au mode de vie des utilisatrices, ce qui peut expliquer la réserve de certaines jeunes femmes au regard d'une prise quotidienne.

Les pilules de troisième génération représentent environ 50 % en volume des contraceptifs oraux utilisés. À l'occasion d'une question orale avec débat au Sénat le 15 juin 2010 sur la politique de contraception et d'interruption volontaire de grossesse, la ministre de la Santé a indiqué que cinq formules de ce type étaient désormais prises en charge.

Les résultats d'une étude récente sur *Les Français et la contraception*²⁵ ont également mis en évidence de nombreuses lacunes concernant la connaissance du cycle féminin et l'utilisation des méthodes contraceptives qui renvoient clairement aux insuffisances de la politique d'information et d'éducation sexuelles.

²⁴ *Suivi de la loi du 4 juillet 2001 relative à l'IVG et à la contraception*, rapport d'information n° 1206 par Bérengère Poletti, députée, au nom de la délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre hommes et femmes de l'Assemblée nationale (octobre 2008).

²⁵ *Les Français et la contraception*, étude de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) réalisée en février 2007 auprès d'un échantillon représentatif de la population française âgée de 15 à 75 ans.

On constate d'une manière générale un manque de lieux adaptés d'accueil et d'écoute facilement accessibles pour les adolescentes en particulier et préservant leur anonymat.

Mme Corinne Vaillant, lors de son audition, a par ailleurs souligné le problème pour les jeunes filles mineures de l'accessibilité, de la gratuité et de l'anonymat de la contraception en dépit de la loi du 4 juillet 2001 relative à l'IVG et à la contraception, qui leur en facilitait l'accès. De fait, ces dispositions ne sont effectives que dans les centres d'éducation et de planification familiale dont les disponibilités en la matière sont sensiblement inférieures aux besoins (horaires d'ouverture et répartition géographique en particulier).

Le récent rapport de l'IGAS²⁶ est sans appel à ce sujet : « *le fonctionnement réel des dispositifs contredit trop souvent la priorité donnée à une approche préventive. Ainsi l'autonomie légalement reconnue aux jeunes mineur(e)s en matière de contraception est-elle battue en brèche lorsque ceux-ci ne peuvent l'obtenir de façon confidentielle et gratuite en dehors de centres d'éducation et de planification familiale qui ne leur sont pas toujours accessibles* ». Ce même rapport souligne que paradoxalement, la procédure d'accès à la contraception de rattrapage est plus simple (elle peut notamment être délivrée par les infirmières dans les établissements scolaires), pourtant son utilisation demeure trop restreinte pour faire régresser le recours à l'interruption volontaire de grossesse.

1.2. Un palliatif : la contraception d'urgence

La contraception d'urgence susceptible de constituer une solution de « rattrapage » efficace en cas de prise de risque, apparaît en effet encore limitée aujourd'hui, même si une augmentation importante du recours à cette méthode a été enregistrée au cours des cinq dernières années. Cette augmentation est plus marquée chez les 15-24 ans qui sont près d'un tiers (31 %) à avoir utilisé la contraception d'urgence au moins une fois durant l'année précédant l'enquête (cf. données recensées dans le rapport sur *La santé des femmes en France*).

Toutefois si environ neuf personnes sur dix savent que la contraception d'urgence est disponible sans ordonnance²⁷, en revanche le délai maximal d'efficacité de cette modalité est mal connu des femmes et encore plus des hommes²⁸.

²⁶ *La prévention des grossesses non désirées : contraception et contraception d'urgence*, rapport établi par Claire Aubin et Danièle Jourdain Menninger, avec la participation du docteur Laurent Chambaud, IGAS (octobre 2009).

²⁷ À la différence de la contraception hormonale régulière, la contraception d'urgence est délivrable en pharmacie sans ordonnance, anonymement et gratuitement pour les mineures, une procédure spécifique de remboursement étant prévue en ce cas. Elle peut également être délivrée par les infirmières dans les établissements scolaires.

²⁸ Conférence biennale sur la santé des jeunes, INPES-DREES, 29 octobre 2009.

En tout état de cause, la contraception d'urgence n'a pas fait régresser le recours à l'IVG d'autant que, comme le souligne le rapport précité de l'IGAS, « *le niveau d'utilisation de la contraception d'urgence est sans commune mesure avec l'importance des expositions à un risque de grossesse non désirée* ». Ce constat renvoie assurément là encore à une méconnaissance des situations à risques et à un déficit d'informations.

2. Les grossesses non désirées et le recours à l'IVG

En 2007, les interruptions volontaires de grossesse (IVG) ont concerné 227 000 femmes (métropole et Outre-mer) dont 207 500 en établissement et 19 500 en cabinet libéral de ville. Plus de 15 000 IVG ont été pratiquées sur des mineures et 96 000 sur des jeunes filles de 16 à 25 ans. Au total, près d'une IVG sur deux (46 %) est le fait d'une jeune fille de moins de 25 ans.

Si depuis quelques années le nombre d'IVG est relativement stable, autour de 14 pour 1000 femmes, il augmente régulièrement parmi les mineures et les jeunes femmes de moins de 20 ans. Le paradoxe français est souvent souligné : forte utilisation de méthodes contraceptives assortie d'un taux élevé et stable d'IVG, le tout dans un contexte de fécondité particulièrement dynamique. Selon le rapport sur *La santé des femmes en France*, cette situation résulte d'un double mouvement : d'un côté, on enregistre une baisse des échecs de contraception et des grossesses non prévues grâce à la diffusion des méthodes médicales de contraception (environ 40 % des grossesses étaient qualifiées d'imprévues en 1975 contre 30 % aujourd'hui), de l'autre, on observe une augmentation de la probabilité d'avoir recours à l'IVG en cas de grossesse non prévue (40 % des grossesses non prévues étaient interrompues par une IVG en 1975 et plus de 60 % aujourd'hui). Cette augmentation de la probabilité d'interrompre une grossesse non prévue traduit une évolution sensible de la norme procréative, c'est-à-dire des conditions socialement définies pour devenir parents au bon moment. Ainsi la stabilité des taux globaux d'IVG masque deux processus opposés. Cette explication ne vaut toutefois pas pour le recours anormalement élevé à l'IVG des très jeunes filles d'une part, des femmes de tous âges dans les collectivités territoriales ultramarines d'autre part, auxquelles deux développements spécifiques sont consacrés ci-dessous.

Une autre donnée amène à s'interroger, en particulier en termes d'information et d'éducation sexuelle : seul un peu plus du tiers des femmes (sans différence majeure selon le groupe d'âge) ayant eu recours à une IVG en 2007 n'utilisait aucune contraception. *A contrario*, plus de 60 % utilisaient une méthode contraceptive dont 30 % médicale (pilule essentiellement) et le reste non médicale (préservatif, retrait etc.). Les causes évoquées de survenue de la grossesse sont essentiellement des oublis (44 % des cas) et des erreurs ou accidents (préservatif déchiré, mauvais calcul de dates...).

Selon un rapport de l'IGAS publié en octobre 2009²⁹, l'IVG médicamenteuse, permise jusqu'à la 7^{ème} semaine d'aménorrhée, se développe progressivement. Elle peut être pratiquée dans un établissement public ou privé autorisé et depuis 2004 en médecine de ville. Elle représentait en 2007 46 % de l'ensemble des IVG. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 a autorisé les centres de planification et d'éducation familiale ainsi que les centres de santé à pratiquer des IVG médicamenteuses. Les forfaits de l'IVG chirurgicale ont pour leur part été réévalués en 2008 puis 2009. La ministre de la Santé a annoncé le 8 mars 2010 que les forfaits versés aux établissements pratiquant des avortements vont à nouveau être augmentés de près de 50 % dès 2010, ce qui devrait permettre d'après la ministre de couvrir les frais réels. Pour autant, **la place de l'IVG dans le système de soins n'est pas encore normalisée**. Les femmes concernées peuvent être confrontées à des attitudes culpabilisantes de la part de certains personnels si l'éthique du service ne reconnaît pas la prise en charge de l'IVG comme une activité médicale à part entière. La douleur consécutive à l'intervention, qu'elle soit médicamenteuse ou chirurgicale, est une préoccupation inégalement partagée selon les services et les intervenants, de même que le vécu par les patientes. Enfin, comme le souligne le rapport précité de l'IGAS, l'intégration de l'IVG dans l'offre de soins repose sur des bases fragiles qui menacent de se restreindre tant en termes d'établissements que d'équipes et de choix techniques.

Ainsi, on assiste à une concentration de l'activité d'IVG avec une diminution du nombre des établissements qui la pratiquent : la région Île-de-France concentre à elle seule près de la moitié des forfaits remboursés. La diminution du nombre de services hospitaliers pratiquant l'IVG constitue indiscutablement une restriction dans la possibilité de choix des femmes. La méthode médicamenteuse constitue une alternative bienvenue sous réserve qu'elle ne devienne pas une technique hégémonique se substituant aux autres méthodes car elle n'est pas nécessairement adaptée à toutes les femmes et elle suppose la mise en place d'un accompagnement et d'une surveillance des patientes.

Quant à la faible attractivité de l'activité d'orthogénie pour les futurs médecins, elle pose problème pour le remplacement des générations « militantes » qui atteignent aujourd'hui l'âge de la retraite. Leur prochain départ renvoie à la question de la relève par de jeunes médecins qui n'ont pas connu les catastrophes sanitaires provoquées par les avortements clandestins et qui ne sont guère incités à s'engager dans cette activité peu valorisée et peu valorisante.

²⁹ *La prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse*, rapport établi par Claire Aubin et Danièle Jourdain Menninger, avec la participation du docteur Laurent Chambaud, IGAS (octobre 2009).

2.1. Un taux anormalement élevé d'IVG chez les jeunes filles mineures

Entre 2002 et 2006, l'observation des recours aux IVG par groupe d'âge laisse apparaître une certaine stabilité à l'exception des mineures pour lesquelles on constate une évolution continue à la hausse de 8,9 pour mille à 11,5 pour mille.

Lors de son audition, Mme Corinne Vaillant a précisé que la grossesse de l'adolescente pouvait avoir plusieurs significations : expression d'un désir de reconnaissance ou vérification de la capacité de fécondité et qu'elle pouvait être ou non désirée, voire faire l'objet d'un déni.

On sait aussi qu'il y a chaque année environ 4 500 naissances chez les jeunes femmes de moins de 18 ans, ce chiffre restant toutefois très inférieur en France métropolitaine à celui qui est constaté au Royaume-Uni (4 fois plus élevé) ou aux États-Unis (10 fois plus élevé) mais aussi Outre-mer.

À la suite de la loi du 4 juillet 2001, la jeune fille mineure souhaitant garder le secret vis-à-vis de ses parents peut recourir à l'IVG sans leur consentement sous réserve qu'elle soit accompagnée par un adulte de son choix. L'intégralité des dépenses relatives à l'acte est prise en charge par l'assurance maladie.

Toutefois **la question de la responsabilité de l'adulte référent n'est pas réglée à ce jour**. En effet, l'accompagnant de la mineure lors d'une démarche d'IVG ne le fait qu'à titre individuel et pas au nom de l'institution auquel il appartient, ce qui est mal compris des intéressés quand il s'agit de personnels de l'Éducation nationale, une infirmière scolaire par exemple ou une assistante sociale. En tout état de cause, **la prévention des grossesses précoces passe assurément par l'amélioration de l'éducation et de l'information des adolescentes sur ces questions au moment où elles débutent leur vie sexuelle, associée à un accès facilité aux moyens de contraception. Un tel cadre constitue aussi la meilleure garantie d'une bonne gestion ultérieure de leur fécondité.**

2.2. Une situation préoccupante en Outre-mer en matière de prévention des grossesses non désirées

Ainsi que le relève un rapport thématique de l'IGAS³⁰, la situation dans l'ensemble des départements d'Outre-mer est effectivement préoccupante puisque le taux de recours à l'IVG est en moyenne de 28 ‰ femmes en âge de procréer contre 14,5 ‰ en métropole. Ce taux varie de 23 ‰ en Martinique et à La Réunion à 37 ‰ en Guyane (dont 46 ‰ de femmes d'origine étrangère) et 40 ‰ en Guadeloupe, avec une prévalence élevée pour les mineures en particulier en Guadeloupe, Guyane et à La Réunion. On constate également dans ce dernier département un nombre élevé d'IVG réitérées.

³⁰ *Évaluation de la mise en œuvre de la loi du 4 juillet 2001 relative à l'éducation à la sexualité, à la contraception et à l'interruption volontaire de grossesse en Outre-mer*, rapport établi par Claire Aubin et Danièle Jourdain Menninger, avec la participation du docteur Laurent Chambaud, IGAS (octobre 2009).

Le rapport de l'IGAS signale qu'un certain nombre de réticences pèse sur l'utilisation de la contraception, liées souvent à des tabous et des freins : poids des religions et mouvements sectaires, méfiance et idées reçues quant aux effets des méthodes contraceptives et, comme en métropole, problèmes d'observance.

En Guadeloupe, les acteurs de santé sont très déterminés, compte tenu des chiffres élevés de recours à l'IVG, pour faire progresser les actions d'information et d'éducation à la sexualité.

L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) a par ailleurs réalisé une campagne d'information et d'éducation spécifique pour les départements d'Outre-mer. Des messages de prévention sont diffusés depuis le 14 février 2010 dans le cadre d'une émission interactive. Ils concernent la prévention des grossesses chez les mineures, celle des infections sexuellement transmissibles, de la violence physique et psychologique, l'incitation au dépistage et au port du préservatif, la promotion de la contraception d'urgence.

3. Une progression régulière des infections sexuellement transmissibles (IST) et une relative stabilisation de l'incidence du Sida chez les femmes

Les indicateurs de suivi des IST montrent qu'elles sont en progression régulière chaque année depuis le début des années 2000 et qu'elles atteignent inégalement les femmes et les hommes. Bien que ceux-ci soient majoritairement concernés, le nombre de femmes atteintes est en augmentation, ce qui indique un relâchement des comportements de prévention. Dans ce contexte, le risque d'accélération de la transmission du VIH existe.

En raison de la diffusion de la transmission hétérosexuelle et de leur vulnérabilité particulière, les femmes ont progressivement pris une place de plus en plus importante dans l'épidémie de VIH/Sida. Cette vulnérabilité s'explique par des facteurs biologiques qui exposent plus particulièrement les femmes mais aussi par des facteurs socio-économiques qui limitent l'accès à l'information et à la prévention. La transmission du VIH chez les femmes concerne en effet, pour une large part, des femmes originaires d'Afrique sub-saharienne (en majorité du Cameroun et de Côte d'Ivoire), relativement jeunes, contaminées par rapports hétérosexuels et surreprésentées en Île-de-France. La Guyane est par ailleurs le département français le plus touché par l'épidémie de Sida (en situation d'épidémie généralisée selon les critères de l'OMS-ONUSIDA) avec une séroprévalence du VIH chez la femme enceinte au-dessus de 1 %. L'épidémie touche autant les hommes que les femmes de tous âges et la contamination hétérosexuelle demeure la principale source de transmission. D'une manière générale, le dépistage des femmes atteintes se fait rarement dans les mois qui suivent la contamination mais pas non plus au stade tardif du Sida, vraisemblablement grâce aux opportunités de dépistage lors des grossesses.

En 2006, l'incidence du Sida est de 85 pour 100 000 chez les femmes africaines (contre 0,5 chez les femmes françaises). Au 30 juin 2007 et depuis le début de l'épidémie, près de 63 000 personnes ont développé un Sida dont environ 13 000 femmes et 50 000 hommes. Parmi ces femmes, environ 6 000 sont décédées.

Il apparaît dès lors que dans toutes les zones dans lesquelles l'épidémie de Sida est importante, il est essentiel de tenir un discours de prévention accessible et d'intégrer l'usage du préservatif dans la stratégie de protection ainsi que dans le parcours contraceptif.

4. La prise en charge de l'infertilité

En France, 5 % des naissances font suite à une conception qui a été aidée médicalement. Dans la moitié des cas, la femme a suivi un traitement de stimulation hormonale tandis que l'autre moitié a bénéficié de procédures plus lourdes relevant des techniques d'assistance médicale à la procréation (PMA). Durant l'année 2006, plus de 20 000 enfants ont été conçus grâce à ces techniques dont, dans la majorité des cas (70 %), celle de la fécondation *in vitro* (FIV). Cette dernière procédure a connu un développement constant depuis 30 ans. Près de 200 000 enfants ont été ainsi conçus en France. En 2010, la proportion d'enfants issus d'une FIV devrait dépasser 2 %.

Le développement de la FIV en France est proche des tendances observées en Allemagne et au Royaume-Uni (de l'ordre de 1,6 % des enfants conçus) mais reste bien inférieur au niveau atteint dans les pays scandinaves (près de 3 % en Norvège, Suède et Finlande et plus de 4 % au Danemark). Malgré ces réussites techniques, les taux de succès diminuent rapidement chez les femmes âgées de plus de 35 ans qui représentent entre 40 et 55 % des patientes prises en charge selon les pays.

C - GRAND ÂGE ET RISQUES ACCRUS DE DÉPENDANCE

Si les tendances sociodémographiques actuelles se confirment, le vieillissement de la population française devrait s'accroître de manière inéluctable durant les prochaines décennies. L'allongement de l'espérance de vie également prévu ne ferait que renforcer ce phénomène.

Selon l'INSEE, d'ici 2050, 22,3 millions de personnes seraient âgées de 60 ans ou plus contre 12,6 millions en 2005, soit une hausse de 80 % en 45 ans, cette progression devant connaître un pic d'ici 2030 avec l'arrivée à ces âges des générations nombreuses nées entre 1946 et 1975. Ainsi, en 2050, un Français sur trois sera âgé de 60 ans ou plus, contre un sur cinq en 2005.

Ces perspectives attirent l'attention sur un phénomène majeur des prochaines décennies et mettent encore davantage le projecteur sur les politiques de prévention permettant de « bien vieillir » c'est-à-dire en meilleure santé possible. En effet, ainsi que l'a souligné d'emblée Mme Françoise Forette lors de son audition, *« la longévité est un privilège des*

nations développées, à condition que la population âgée soit active et en bonne santé ». Et elle a ajouté : « *Demain sera âgé et féminin. Demain sera en bonne santé grâce au rôle des femmes dans l'éducation à la santé* ».

Le vieillissement est habituellement caractérisé par une diminution de certaines fonctions et l'augmentation de fréquence de maladies invalidantes. Mais, pour les gérontologues, ce processus est hétérogène et il est possible de l'influencer. Deux types de facteurs sont impliqués dans l'hétérogénéité : des facteurs génétiques innés et acquis qu'on ne peut encore modifier et des facteurs d'environnement sur lesquels on peut agir avec détermination et efficacité. Ce sont d'une part, les facteurs socio-économiques et d'autre part, les progrès de la médecine, la prévention et l'accès aux soins.

1. Des inégalités persistantes en termes d'espérance de vie et face à la maladie

Lors de son audition, Mme Françoise Forette a souligné que **l'espérance moyenne de vie continuait à croître mais que les inégalités par région augmentaient aussi en particulier pour les hommes.**

Ainsi que le confirme le tableau de la page suivante, dans les années 1990, il y avait 3,8 ans de différence d'espérance moyenne de vie entre les hommes vivant en Nord Pas-de-Calais et ceux vivant en Île-de-France. Aujourd'hui, ils vivent près de 4 ans de plus, mais dans le même temps, la différence a progressé d'un point, passant de 3,8 à 4,9. Le même constat peut être fait chez les femmes, même si elles résistent mieux aux inégalités et aux facteurs de risques. Toujours est-il qu'une femme résidant dans le Nord Pas-de-Calais a une espérance de vie inférieure de près de 3 ans (contre un peu plus de 2 ans en 1990) à celle d'une femme habitant en Île-de-France.

Tableau 2 : L'espérance de vie en France continue à croître, mais les inégalités par région augmentent surtout pour les hommes !

	1990		2005	
	H	F	H	F
Ile-de-France	73,7	81,3	78,5	84,5
Nord-Pas-de-Calais	69,9	79,0	73,6	81,6
Δ En années	3,8	2,3	4,9	2,9

Source : INSEE 2005. Fichier état civil et estimations localisées de population.

Il s'agit essentiellement d'une question de pathologies et de facteurs de risques cardiovasculaires. Certaines d'entre elles ont sensiblement progressé ces dernières années, notamment l'obésité et le diabète de type 2 (lié à l'obésité). La progression importante de l'obésité durant la dernière décennie est abordée plus loin.

2. Des maladies liées à l'âge comportant des risques de dépendance

On sait que les femmes sont particulièrement vulnérables aux maladies cardiovasculaires dont le facteur de risque le plus important est l'hypertension artérielle. La prévalence de cette affection dans la population est importante et augmente avec l'âge. Dans la tranche d'âge des 65 à 74 ans, 65 % de femmes et près de 70 % d'hommes souffrent d'hypertension artérielle. Toutefois, parmi cette population, si 74,4 % de femmes sont traitées, ce n'est le fait que de 65,9 % d'hommes³¹. Les femmes se font donc plus suivre médicalement que les hommes lorsqu'elles souffrent de cette affection, même si le traitement n'entraîne pas systématiquement une normalisation durable.

En tout état de cause, si l'on traite l'hypertension artérielle, on diminue de 40 % l'incidence des accidents vasculaires cérébraux, cause importante de décès mais aussi de dépendance. Un traitement même engagé tardivement a des effets positifs, puisque des études ont montré que le traitement de l'hypertension artérielle après 80 ans réduit significativement (21 %) la mortalité totale ainsi que l'incidence des accidents vasculaires cérébraux.

D'autres maladies chroniques accompagnent le vieillissement : arthrose et ostéoporose, troubles sensoriels... et peuvent être causes de dépendance, mais elles sont pour la plupart liées à des facteurs de risque et donc accessibles à la prévention grâce à une bonne hygiène de vie. Elles seront abordées dans le II de ce chapitre.

3. La maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées : la cause la plus fréquente de dépendance

Lors de son audition, Mme Françoise Forette a souligné que **le taux global de dépendance était en fait très peu élevé : 7 % de la population totale de plus de 60 ans est dépendante** donc, a contrario, 93 % est autonome. En revanche, la prévalence de la maladie d'Alzheimer augmente de façon drastique après 80-85 ans et touche davantage les femmes que les hommes (du moins ceux qui restent) : 30 % de la population masculine de plus de 90 ans est dépendante pour à peu près 50 % des femmes de cette tranche d'âge.

³¹ Dans la population générale (18-74 ans) des hypertendus, 62 % de femmes se font traiter contre 41 % d'hommes.

En France, 850 000 personnes, majoritairement des femmes, sont atteintes de maladie d'Alzheimer ou apparentée **dont une moitié des cas n'est pas diagnostiquée**, en dépit des deux plans Alzheimer successifs et de la mise en place de « consultations-mémoire », **et seulement 17 % sont traités**. Cette pathologie entraîne 70 % des placements en établissements spécialisés et 72 % des demandes d'allocation personnalisée d'autonomie (APA).

Au 30 septembre 2009, 1,2 million de personnes bénéficiaient de l'APA dont 62 % vivaient à leur domicile et 38 % en établissement. Le coût pour la collectivité représente 18 milliards d'euros.

L'efficacité des traitements proposés est modérée mais néanmoins significative sur les fonctions cognitives et les activités de la vie quotidienne.

4. Les contraintes et les besoins des aidants familiaux

Si la dépendance concerne de nombreuses femmes, elle est aussi essentiellement gérée par des femmes, tant en établissements qu'à domicile. La préférence des Français pour les solutions de maintien à domicile fait émerger un nouveau groupe social : celui des **aidants familiaux** qui apporte, à titre non professionnel, une aide ou un soutien à un proche malade, dépendant ou handicapé. Cependant, c'est une expérience qui comporte des risques non négligeables en termes de santé mentale³². L'aide apportée diffère en grande partie de celle requise par la charge des enfants. Selon Isabelle Mallon³³, « *à l'épanouissement personnel et aux gratifications du maternage sont opposés l'épuisement, physique et moral, engendré par le fardeau de l'aide au parent âgé et l'impuissance devant un combat perdu d'avance face à la mort* ».

Au-delà de ce poids symbolique, le coût financier de la gestion de la dépendance d'un proche, les difficultés de la conciliation entre vie familiale, vie professionnelle et les obligations dues à la fonction d'aidant, mais aussi la période faisant suite au décès du proche, constituent également des **facteurs de risque importants qui peuvent conduire à des détresses psychologiques et des épisodes dépressifs**.

Toutes ces charges sont le plus souvent assumées par les femmes. Les pouvoirs publics ont institué diverses compensations financières et matérielles afin d'améliorer le quotidien des aidants familiaux. Le plan Solidarité grand âge, mis en place en 2007, a notamment promu le développement de l'offre de services et de soins : services d'aide et d'accompagnement à domicile, services de soins infirmiers, hospitalisation à domicile, accueils de jour, gardes itinérantes de nuit. En revanche, **les infrastructures d'accueil de courte durée pour permettre un répit aux aidants restent très insuffisamment développées**.

³² *La santé mentale, l'affaire de tous - Pour une approche cohérente de la qualité de la vie*. Centre d'analyse stratégique, novembre 2009.

³³ *Prendre soin de ses parents âgés : un faux travail parental*, Isabelle Mallon. CNAF, 2009/4, n° 154.

D'autres types d'initiatives méritent par ailleurs attention, tels des stages de formation à destination des aidants familiaux en matière de relation d'aide, de communication non verbale et de gestion du stress ou la « gestion de cas » inspirée du modèle québécois PRISMA (programme de recherche sur l'intégration des services de maintien de l'autonomie) actuellement testé en France au niveau expérimental. L'expérimentation PRISMA France a été initiée conjointement par la Direction générale de la santé (DGS) et la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. Elle se déroule actuellement dans trois sites : 20^{ème} arrondissement de Paris, Mulhouse et région d'Étampes dans l'Essonne. Le gestionnaire de cas est un professionnel issu des différentes structures sanitaires et sociales impliquées dans la prise en charge de la dépendance. Il assure le rôle de personne ressource coordinatrice pour la personne en perte d'autonomie et son entourage familial.

De telles expériences sont malheureusement trop peu développées alors qu'elles sont les plus adaptées aux besoins de personnes fragiles et atteintes de multiples pathologies, qui nécessitent des interventions transversales.

Ainsi que l'a souligné un récent avis du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie³⁴, « *les éléments d'accompagnement social, les conditions concrètes de vie à domicile, la disponibilité et l'information de l'entourage familial et sa capacité à se mobiliser lors des modifications de prise en charge se révèlent aussi déterminants que la qualité des soins eux-mêmes* ».

Le Haut conseil ajoute que le grand âge apparaît comme un formidable amplificateur des conséquences de tous les manques de transversalité du système de soins, notamment en ce qui concerne la gestion séparée des questions sanitaires et des questions sociales ». De plus, « *alors même qu'elle n'avait pas vocation à être sur-consommatrice de soins, la personne très âgée va connaître un parcours heurté, beaucoup plus coûteux et beaucoup moins efficace* ».

Enfin, le **développement des gérontechnologies**³⁵, outils divers qui jouent un rôle dans les soins apportés aux personnes âgées et concernent également leur environnement social et cognitif, constitue aussi un élément de réponse complémentaire à l'intervention des aidants, susceptible d'alléger leur charge.

Ces dispositifs ouvrent des perspectives intéressantes sous réserve de veiller à leur accessibilité au plus grand nombre.

³⁴ Vieillesse, longévité et assurance maladie, Avis adopté à l'unanimité le 22 avril 2010. Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie.

³⁵ Cette expression renvoie à une multiplicité d'outils techniques capables d'aider les personnes dépendantes et d'améliorer les pratiques professionnelles. Ces dispositifs jouent un rôle dans les soins apportés aux personnes âgées et concernent également leur environnement social et cognitif par exemple visiophonie pour maintenir le contact avec les proches, détecteurs de chute ou dispositifs de télésurveillance, déambulateurs munis de capteurs pour éviter les obstacles, pilulier électronique automatique pour la distribution des médicaments, etc.

II - DES PATHOLOGIES PARTICULIÈRES

A - LOCALISATIONS LES PLUS FRÉQUENTES DES CANCERS CHEZ LES FEMMES

La mortalité prématurée (avant 65 ans) par cancer est particulièrement élevée en France pour les hommes mais non pour les femmes par comparaison aux autres pays d'Europe³⁶. Chez celles-ci, qu'il s'agisse d'incidence ou de mortalité, c'est le cancer du sein qui occupe la première place, puis les cancers du côlon et du rectum et en troisième le cancer du poumon.

Depuis 1980, chez les femmes, l'incidence³⁷ des cancers augmente, mais la mortalité diminue. **La moitié des cas supplémentaires de cancers détectée chez les femmes depuis trente ans est représentée par les cancers du sein.** Certes, l'augmentation des dépistages y a partiellement contribué, mais on constate toutefois un accroissement d'incidence, notamment chez les jeunes femmes de moins de 45 ans, sans explication à ce jour.

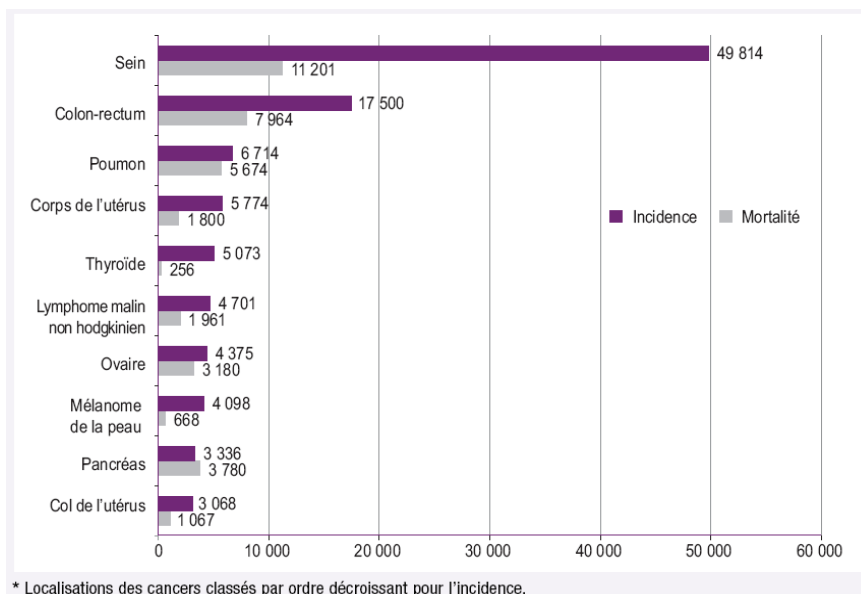
L'incidence des cancers colorectaux féminins, après avoir augmenté de 22,8 pour 100 000 en 1980 à 24,5 pour 100 000 en 2005, est en stagnation depuis. Quant au cancer du poumon, contrairement à la diminution observée chez les hommes, l'incidence est passée de 3,6 pour 100 000 en 1980 à 12,6 pour 100 000 en 2005, soit en moyenne plus de 5 % par an. Cette tendance est observée dans la plupart des pays occidentaux en lien avec la forte augmentation du tabagisme féminin.

Le graphique ci-après répertorie en termes d'incidence et de mortalité les principales localisations de cancer chez les femmes.

³⁶ *Inégaux face à la santé*, Annette Leclerc, Monique Kaminski, Thierry Lang. INSERM, novembre 2008.

³⁷ Deux mesures de la fréquence des maladies ou événements de santé sont principalement utilisées. La **prévalence** mesure le nombre de cas présents à une date donnée, rapporté à l'effectif de la population à la même date. Une autre façon de mesurer est de quantifier la fréquence à laquelle les maladies arrivent en s'intéressant seulement aux nouveaux cas ; on parle alors d'**incidence**.

Graphique 3 : Incidence et mortalité par localisations de cancer chez les femmes en 2005*



* Localisations des cancers classées par ordre décroissant pour l'incidence.

Champ : France métropolitaine.

Sources : Francim, Hospices civils de Lyon (HCL) et InVS.

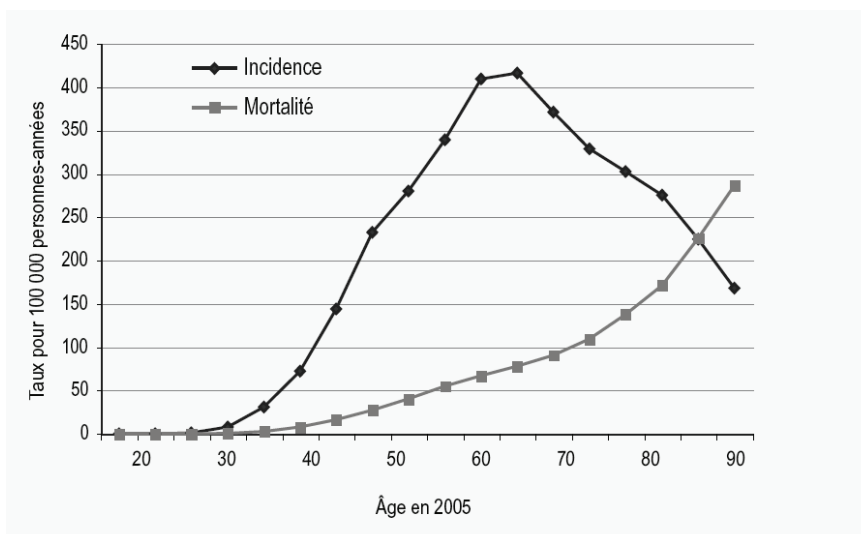
Selon le rapport sur *La santé des femmes en France*, l'augmentation, en particulier chez les femmes, de l'incidence et de la mortalité de certaines localisations, notamment des cancers du pancréas (l'incidence est passée de 1,9 en 1980 à 4,7 pour 100 000 en 2005) et des lymphomes malins non hodgkiniens (4 en 1980 à 8,2 pour 100 000 en 2005), justifie le développement de recherches spécifiques.

Le taux annuel moyen d'évolution de la mortalité des cancers chez les femmes augmente fortement depuis 1980 pour le cancer du poumon et celui du pancréas, ce dernier ayant un très mauvais pronostic.

1. Les cancers gynécologiques

Le **cancer du sein** constitue la première cause de mortalité par cancer chez les femmes. L'incidence de cette maladie croît régulièrement depuis 1980 de + 2,4 % en moyenne par an. À l'inverse, le taux de mortalité décroît doucement depuis les années 2000 de - 1,3 % en moyenne chaque année. Le taux d'incidence augmente avec l'âge jusqu'à un pic aux alentours de 65 ans (cf. graphique ci-dessous).

Graphique 4 : Incidence et mortalité pour le cancer du sein par âge en 2005



Limites et biais : les chiffres annoncés de l'incidence et de la mortalité sont des estimations à partir des départements couverts par un registre du cancer.

Références : Réseau français des registres de cancer, Hospices civils de Lyon, INSERM, InVS, 2008, « *Estimation de l'incidence et de la mortalité par cancer en France de 1980 à 2005* », Francim, HCL, INSERM, InVS, Saint-Maurice.

www.invs.sante.fr/surveillance/cancers/estimations_cancers (consulté le 27/05/2008).

Champ : France métropolitaine, femmes tous âges.

Sources : Hospices civils de Lyon (HCL) - Francim - InVS.

Le programme national de dépistage organisé du cancer du sein, initié en 1994, est généralisé à l'ensemble du territoire (Outre-mer compris) depuis mars 2004. Il concerne toutes les femmes âgées de 50 à 74 ans. Le taux de participation à ce programme est en augmentation régulière, il s'élevait à 50,7 % en 2007.

Selon le baromètre cancer régulièrement actualisé, des disparités socio-économiques subsistent en matière de dépistage, même si les écarts s'amenuisent. Les femmes ayant un niveau d'éducation inférieur au baccalauréat, de même que celles qui disposent de revenus faibles y ont moins recours.

Lors de son entretien avec la rapporteure, le 7 mai 2010, le docteur Bernard Asselain, chef du service de biostatistique de l'Institut Curie, a souligné que comme pour les autres cancers, les causes du cancer du sein sont multifactorielles. Deux facteurs apparaissent toutefois particulièrement importants : la durée d'exposition aux œstrogènes d'une part (puberté précoce, ménopause tardive, nulliparité ou première grossesse tardive, prise d'un THS) et la consommation excessive de graisses animales ainsi que la surcharge pondérale d'autre part. La politique de dépistage, mais surtout la prise en charge précoce en

cas de découverte d'une lésion maligne influent considérablement sur le taux de survie. Celui-ci reflète par ailleurs la réactivité de la réponse et l'ampleur de la couverture assurées par le système de protection sociale. Le docteur Asselain a ainsi fait état de fortes différences, observées dans les années 1990, dans les taux de survie à 5 ans dans divers pays européens : Suède (82,5 %), France (81,3 %), Royaume-Uni (73,4 %), la Suède et la France se caractérisant par un niveau général élevé de protection sociale tandis que les disparités sont beaucoup plus importantes au Royaume-Uni.

Certaines études épidémiologiques³⁸ mettent par ailleurs en évidence un risque aggravé de cancer du sein en lien avec des perturbations du rythme circadien (métiers soumis à de fréquents décalages horaires ou travail de nuit de longue durée).

Ces études demeurent rares et insuffisamment approfondies, comme d'une manière générale celles sur les pathologies liées aux conditions de travail de certaines femmes, dont les lacunes ont été signalées dans le précédent chapitre.

Le **cancer du col de l'utérus**, en grande partie d'origine infectieuse, est au deuxième rang des cancers en termes d'incidence et au premier rang en termes de mortalité chez les femmes dans le monde. En France, entre 1980 et 2005, l'incidence du cancer du col de l'utérus n'a cessé de diminuer avec un taux de décroissance annuel moyen de 2,9 %. Le taux de mortalité a également fortement diminué, de l'ordre en moyenne de 4 % par an. Le dépistage du cancer du col de l'utérus s'est développé en France depuis les années 60, en même temps que l'usage de la contraception qui incite les femmes à avoir un suivi gynécologique. Il reste toutefois individuel et repose sur la volonté du médecin de le proposer et sur celle des femmes de l'accepter. **Seules 60 % des Françaises se font régulièrement dépister.** Les disparités en matière de dépistage varient là encore en fonction de la catégorie socio-professionnelle, du niveau d'études et de revenus. Les femmes sans assurance médicale complémentaire déclarent en particulier moins fréquemment avoir effectué un frottis cervico-utérin au cours des trois dernières années (56,1 % contre 81,5 %).

À l'avenir, la vaccination contre les papillomavirus humains, récemment mise au point concernant certains types d'entre eux, devrait avoir un impact direct sur l'incidence du cancer du col de l'utérus. Toutefois, les frottis de dépistage gardent tout leur intérêt, la vaccination ne protégeant que contre 70 % des papillomavirus.

³⁸ *Horloge biologique, sommeil et conséquences médicales du travail posté*, D. Léger, V. Bayon, A. Metlaine, E. Prevot, C. Didier-Marsac, D. Choudat. Archives des maladies professionnelles et de l'environnement, 2009.

Médecine du travail : le travail de nuit, encore un facteur de risque du cancer du sein, Brigitte Merz. Forum Med Suisse, 2009.

Cf. rapport et avis du Conseil économique, social et environnemental sur *Le travail de nuit : impact sur les conditions de travail et de vie des salariés* présenté par François Édouard, 8 juillet 2010.

2. Le cancer colorectal

L'incidence du cancer colorectal est l'une des plus élevées d'Europe pour les femmes comme pour les hommes. Avec plus de 35 000 nouveaux cas chaque année en France, cette pathologie a augmenté en vingt ans de 50 %, très vraisemblablement du fait du vieillissement de la population (l'âge moyen des malades est de 65 ans et 94 % des cancers colorectaux surviennent après l'âge de 50 ans). Cependant, d'après des données publiées en 2007, la survie relative à cinq ans des femmes atteintes de cancer colorectal diagnostiqué entre 1989 et 1997 atteignait 57 %, soit l'un des meilleurs taux européens pour cette localisation.

La détection précoce de la maladie constitue le moyen le plus efficace d'augmenter la survie.

En France, le programme pilote de dépistage du cancer colorectal mis en place au niveau départemental est en voie d'être généralisé à l'ensemble du territoire. En 2008, 88 départements étaient d'ores et déjà opérationnels. Pour obtenir une réduction de la mortalité, il est nécessaire que le taux de participation de la population atteigne 50 %. Cet objectif pourrait être plus facilement atteint chez les femmes du fait d'un contact plus fréquent avec le système de soins, notamment dans le cadre des dépistages des cancers gynécologiques.

En tout état de cause, des incitations régulières, des campagnes d'information ciblées sur les populations les moins sensibilisées à la prévention, déclinant des messages simples et compréhensibles par le plus grand nombre, ainsi que des aides à la pratique des différents dépistages, sont susceptibles de réduire les inégalités sociales encore constatées dans l'accès aux soins.

B - MALADIES CHRONIQUES AYANT UN RETENTISSEMENT SUR LE « BIEN VIEILLIR »

La plupart des maladies chroniques qui se manifestent au fur et à mesure de l'avancée en âge sont en fait liées à des facteurs de risques qu'il est d'autant plus opportun de repérer et de prévenir.

La prévention de ces pathologies réside dans l'amélioration des déterminants des modes de vie : nutrition équilibrée, activité physique modérée et prolongée, maintien d'une activité intellectuelle et de relations sociales.

Ces thèmes constituant les axes du plan national « Bien vieillir » 2007-2009 initié par le ministère de la Santé et le ministère de la Jeunesse et des sports, qui préconise notamment l'organisation d'une consultation médicale lors de la cessation d'activité destinée à dépister les facteurs de risque, notamment cardio-vasculaires, et à rappeler les comportements favorables à un vieillissement réussi.

Plus spécifiquement, la prévention des maladies cardiovasculaires de l'âge mûr et avancé passe notamment et en amont par la diminution des teneurs en sel et en graisses des aliments pour enfants et par une véritable éducation à la santé sensibilisant à la lutte contre le surpoids et l'obésité dès l'enfance. Elle implique aussi une sensibilisation aux dangers du tabagisme et son interdiction non seulement dans les établissements d'enseignement, mais dans tous les lieux fréquentés par les adolescents.

La prévention des troubles sensoriels nécessite de diminuer l'intensité sonore dans les lieux publics pour éviter les surdités et de rappeler l'impérative protection des yeux au soleil pour retarder les cataractes et prévenir les dégénérescences maculaires.

La prévention de l'ostéoporose, particulièrement fréquente chez les femmes, est liée à la promotion des activités physiques chez les adolescentes, ainsi qu'à un apport calcique suffisant, sachant que le capital osseux est constitué avant l'âge de 20 ans.

1. L'ostéoporose, responsable d'incapacités qui pourraient être évitées

L'ostéoporose, caractérisée par une fragilité excessive du squelette, est fréquente chez les femmes après la ménopause³⁹. Maladie d'autant plus pernicieuse qu'elle est asymptomatique, son diagnostic est souvent fait lors de la survenue de fractures, en particulier du col du fémur, conséquence la plus grave et source majeure de handicaps et d'incapacités. Dans près de huit cas sur dix, ce sont les femmes qui sont concernées par cette pathologie. L'incidence des fractures induites par l'ostéoporose augmente avec l'âge dans les deux sexes. Ces fractures touchent surtout les vertèbres et la hanche (col du fémur), mais aussi le poignet. Avec leurs complications, elles expliquent la gravité de l'ostéoporose. Lors de son audition, Françoise Forette a signalé qu'après une fracture du col du fémur, à un an, 30 % de la population antérieurement autonome devient dépendante et dans le même laps de temps, on constate une surmortalité de 30 %. De plus, moins de la moitié des patients avaient reçu un traitement de l'ostéoporose alors qu'elle était visible sur les examens radiologiques.

L'ostéoporose apparaît ainsi typique des pathologies qu'il importe de prévenir très en amont grâce à des comportements hygiéno-diététiques, mais aussi, compte tenu de la sensibilité particulière des femmes à cette affection, par l'organisation de dépistages plus systématiques au moment de la ménopause.

³⁹ L'ostéoporose est deux à trois fois plus fréquente chez la femme en raison de la privation hormonale post-ménopausique, les œstrogènes influant directement sur la masse osseuse.

2. Approches préventives des risques de démences

Lors de son audition, Françoise Forette a insisté sur deux éléments fondamentaux en matière de prévention des démences. En premier lieu, **le niveau d'éducation est capital** : la différence d'apparition des symptômes entre les personnes analphabètes et celles dotées d'un niveau d'éducation supérieur atteint presque dix ans. Le dépôt des lésions au sein du cerveau est identique entre ces deux populations, mais la plasticité cérébrale développée dans la seconde permet aux personnes atteintes de compenser les déficiences.

Le traitement des facteurs de risques cardiovasculaires, et en particulier de l'hypertension artérielle, réduit également significativement la survenue des démences⁴⁰.

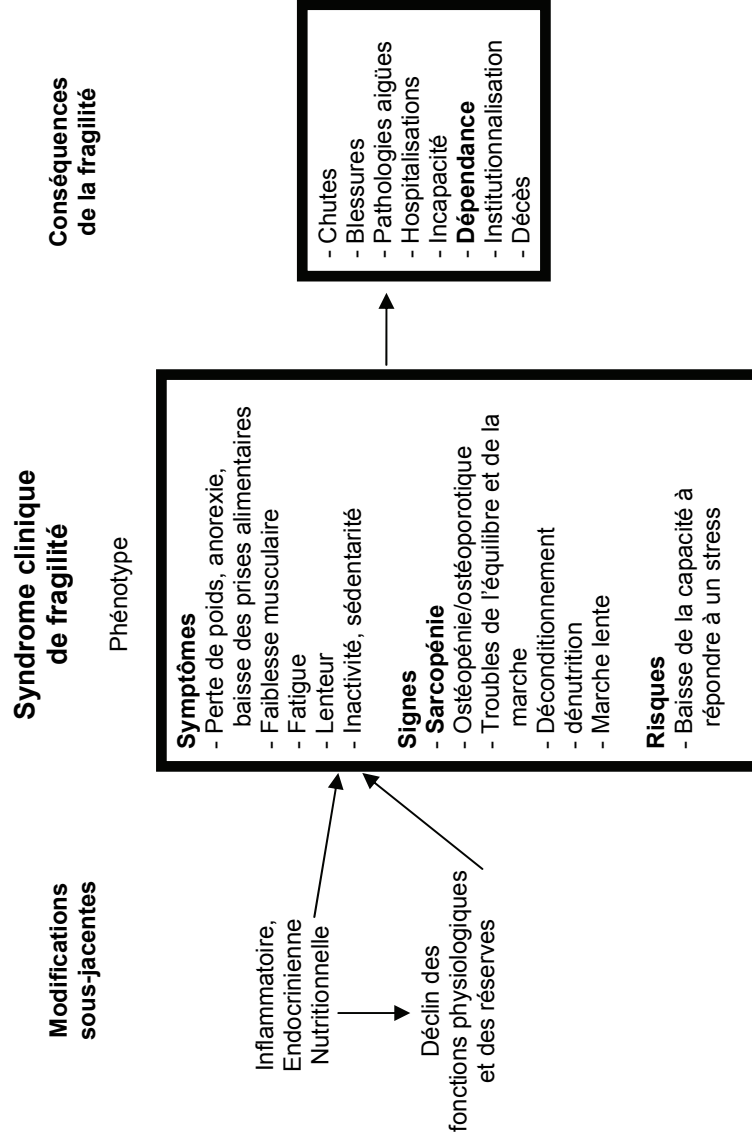
Stimulation cognitive tout au long de la vie et prévention cardiovasculaire sont donc en première ligne pour retarder la dépendance liée à la démence ou s'en prémunir.

Une autre cible de prévention se rapporte à la **fragilité**. Selon la définition établie par les experts qui ont contribué à la construction de ce concept, la fragilité est un état physiologique de vulnérabilité secondaire à de multiples déficiences, état induisant un risque majeur de dépendance lorsque survient un stress quelle qu'en soit la nature : infection, chute, fracture, deuil, etc.

Les syndromes inflammatoires sont très fréquents au cours de cette période de la vie, ainsi que des modifications endocriniennes souvent accompagnées de dénutrition. Celle-ci est particulièrement grave chez les personnes âgées et entraîne une déperdition des réserves physiologiques. Les signes d'alerte du syndrome clinique de fragilité sont la diminution de la force musculaire, la lenteur des gestes, les troubles de l'équilibre. Le graphique de la page suivante décrit le phénotype de fragilité.

⁴⁰ Deux études randomisées, placebo-contrôlées, ont démontré que le traitement de l'hypertension artérielle réduisait le risque de démence. Source : audition de Françoise Forette devant la délégation aux droits des Femmes et à l'égalité des chances entre hommes et femmes du Conseil économique, social et environnemental le 17 mars 2010. Une étude randomisée est l'étude d'un nouveau traitement au cours de laquelle les participants sont répartis de façon aléatoire dans le groupe témoin et le groupe expérimental.

Schéma 1 : Phénotype de fragilité



Source : Y. Rolland, 2007.

Les manifestations initiales les plus prédictives de fragilité sont la faiblesse musculaire liée à la sarcopénie (fonte des muscles due au vieillissement ou à une maladie neurologique), la lenteur de marche, la baisse de l'activité physique, la chute de poids et le déclin cognitif.

Dans la population âgée de plus de 60 ans, environ 10 % de personnes sont fragiles (7 % sont dépendantes). Parmi les plus de 85 ans, le taux s'élève à 20 % et concerne prioritairement les femmes.

Faute d'une prise en charge suffisamment précoce de ces troubles : gymnastique, rééducation de la marche, natation, traitement de l'ostéoporose et des troubles de l'équilibre, lutte contre la dénutrition, activités intellectuellement stimulantes et favorisant le maintien d'une intégration sociale, les personnes concernées auparavant autonomes risquent de devenir rapidement dépendantes, le plus souvent de manière irréversible.

C - L'ÉVOLUTION ASCENDANTE DU SURPOIDS ET DE L'OBÉSITÉ

Si la France fait encore partie des pays de l'OCDE les moins concernés par le problème de l'obésité⁴¹, celui-ci s'accroît depuis une vingtaine d'années si bien que les acteurs politiques s'en préoccupent désormais ouvertement. Qualifié d'épidémie du siècle par l'OMS, c'est devenu une priorité de santé publique. Plusieurs propositions de loi ont été déposées au Parlement⁴², le Centre d'analyse stratégique y a consacré un important chapitre dans un rapport récent⁴³ et le Président de la République lui-même a confié en octobre 2009 à une commission présidée par Mme Anne de Danne, responsable d'un grand laboratoire pharmaceutique, la préparation d'un rapport destiné à fixer « *des orientations pour un plan à trois ans destiné à infléchir la progression de l'obésité* ». Ce rapport a été rendu public le 21 mai 2010⁴⁴.

⁴¹ *Panorama de la santé*. OCDE, 2009.

⁴² Proposition de loi « *Pour agir contre l'épidémie d'obésité* » déposée à l'Assemblée nationale par le député Jean-Marie Le Guen le 23 mars 2005.
Proposition de loi relative à « *La prévention et la lutte contre l'obésité* » déposée au Sénat par le sénateur Roland Courteau le 6 mai 2008.

Proposition de loi « *Visant à déclarer la lutte contre l'obésité et le surpoids grande cause nationale 2011* » déposée à l'Assemblée nationale par la députée Valérie Boyer le 15 septembre 2009.

⁴³ *Nouvelles approches de la prévention en santé publique*, troisième partie *Contre l'obésité, prévenir précocement et différemment*. Travaux coordonnés par Olivier Oullier et Sarah Sauneron. Centre d'analyse stratégique, mars 2010.

⁴⁴ Commission pour la prévention et la prise en charge de l'obésité. Rapport au Président de la République, décembre 2009.

1. Une progression statistiquement confirmée chez les adultes

Les taux de surpoids et d'obésité relevés pour les femmes en France restent inférieurs à ceux observés aux États-Unis (62 % de femmes en surpoids ou obèses, dont 33 % d'obésité grave) et au Canada (54 % de femmes en surpoids ou obèses dont 23 % d'obésité grave). En France, ainsi que le montrent les tableaux ci-dessous, un peu plus de 41 % des femmes âgées de 18 à 74 ans sont en situation de surpoids ou obésité (23,8 % en surpoids, 17,6 % obèses). L'obésité sévère et massive touche plus les femmes que les hommes.

Tableau 3 : Prévalence d'obésité dans la population d'adultes vivant en France en 2006 (%)
(Indice de masse corporelle supérieur au seuil 30 kg/m²)

Adultes	Femmes	Hommes	Total
18-29 ans	10,1	8,3	9,2
30-54 ans	16,8	15,3	16,1
55-74 ans	24,1	24	24,0
Total 18-74 ans	17,6	16,1	16,9

Prévalence de l'**obésité modérée** (IMC compris entre 30 et 35 kg/m²)

- femmes : 12,1 %
- hommes 12,9 %
- total 12,5 %

Prévalence de l'**obésité sévère** (IMC compris entre 35 et 40 kg/m²)

- femmes : 4,2 %
- hommes 2,5 %
- total 3,4 %

Prévalence de l'**obésité massive** (IMC supérieur à 40 kg/m²)

- femmes : 1,2 %
- hommes 0,7 %
- total 1 %

Tableau 4 : Prévalence de surpoids dans la population d'adultes vivant en France en 2006 (%)
(Indice de masse corporelle compris entre les seuils 25 et 30 kg/m²)

Adultes	Femmes	Hommes	Total
18-29 ans	12,7	23,6	18,3
30-54 ans	22,7	44,7	33,6
55-74 ans	33,6	48,8	40,9
Total 18-74 ans	23,8	41,0	32,4

Tableau 5 : Prévalence de surpoids et obésité dans la population d'adultes vivant en France en 2006 (%)
(Indice de masse corporelle supérieur au seuil 25 kg/ m²)

Adultes	Femmes	Hommes	Total
18-29 ans	22,8	31,9	27,5
30-54 ans	39,5	60,0	49,7
55-74 ans	57,7	72,8	64,9
Total 18-74 ans	41,4	57,1	49,3

Source : *Étude nationale nutrition santé* - Institut de veille sanitaire. Enquête réalisée en 2006-2007 auprès d'un échantillon représentatif de 3115 adultes âgés de 18 à 74 ans. Le poids a été mesuré par des professionnels dans des conditions standardisées répondant aux critères internationaux.

Au niveau européen, d'après les statistiques d'Eurostat, les prévalences les plus faibles chez les femmes sont relevées en Italie (36 % de femmes en surpoids ou obèses dont 10 % d'obésité grave) et les plus élevées en Allemagne et au Royaume-Uni (respectivement 59 % et 56 % de femmes en surpoids ou obèses dont 23 % d'obésité grave).

En tout état de cause, aujourd'hui **32 % des Français de plus de 18 ans sont en surpoids et près de 17 % sont obèses⁴⁵**. Les enquêtes confirment que **l'augmentation relative moyenne de l'obésité est de + 5,9 % par an depuis 12 ans**.

Il apparaît également que la prévalence de l'obésité est plus élevée chez les femmes : 17,6 % contre 16,1 % chez les hommes. **Celle du surpoids est en revanche inférieure** pour les femmes (23,8 % contre 41 %). Quel que soit le sexe, **la prévalence de l'obésité augmente avec l'âge**. Si elle touche toujours davantage les femmes dans la tranche d'âge 18-54 ans (27 % contre 23,6 % pour les hommes), à partir de 55 ans, le taux devient identique pour les deux sexes : 24 %.

Le taux de prévalence de l'obésité pourrait ainsi atteindre selon un scénario tendanciel 22 % d'ici à 2025, soit plus d'une personne sur cinq. Pour le Centre d'analyse stratégique, seules des politiques de prévention particulièrement volontaristes et efficaces, qui parviendraient à modifier en profondeur les comportements et les normes sociales correspondantes, permettraient de ralentir le rythme de croissance d'un problème aussi bien médical que social. En effet, au regard d'un modèle valorisant la minceur qui a commencé à s'imposer dans les années 1950, le risque social de stigmatisation de l'obésité est grand avec intériorisation d'une dévalorisation et sentiment d'être fautif. Il convient donc de veiller à désamorcer les processus qui conduisent à la discrimination dont sont victimes les personnes obèses afin de leur permettre d'affronter et de traiter leur problème.

⁴⁵ La corpulence peut être évaluée par l'indice de masse corporelle (IMC : poids (kg)/taille² (m)). Deux niveaux de surcharge pondérale sont définis d'après les références de l'OMS : le surpoids correspond à un IMC supérieur ou égal à 25 et inférieur à 30 et l'obésité à un IMC supérieur ou égal à 30.

2. Les disparités sociales sont importantes et plus marquées chez les femmes

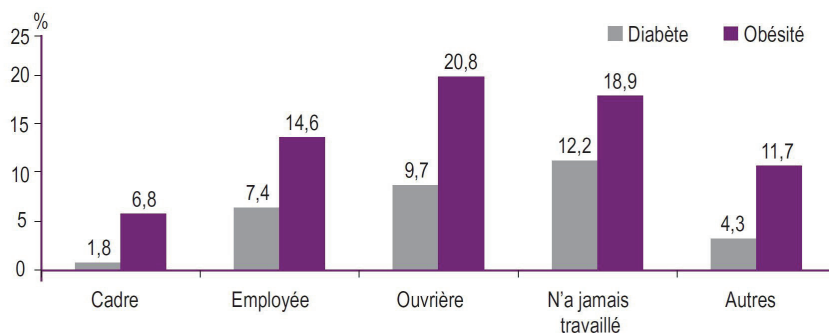
Si le surpoids concerne toutes les catégories socioprofessionnelles, il reste d'une manière générale inversement proportionnel au niveau d'instruction et les disparités sociales sont en outre plus marquées chez les femmes que chez les hommes.

L'écart entre les catégories socioprofessionnelles s'est largement creusé : l'obésité augmente beaucoup plus vite depuis 1992 chez les agriculteurs et les ouvriers que chez les cadres et professions intellectuelles supérieures mais contrairement aux femmes, les hommes les plus pauvres ne sont pas les plus corpulents.

La prévalence du diabète est fortement associée à celle de l'obésité chez les hommes comme chez les femmes. Pour celles-ci, elle est largement corrélée à des caractéristiques socioéconomiques moins favorables comme les montrent les graphiques ci-après.

La prévalence (c'est-à-dire le nombre de cas rapporté au pourcentage de population) concerne en premier lieu les ouvrières qui sont plus touchées par l'obésité que les employées, les cadres ou les personnes qui n'ont jamais travaillé. La courbe du diabète est la même : la prévalence du diabète est de 1,8 % chez les femmes cadres et de près de 10 % chez les ouvrières.

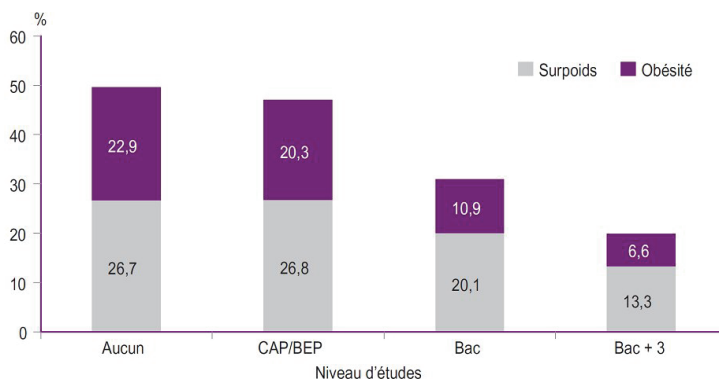
Graphique 5 : Prévalence du diabète et de l'obésité chez les femmes de 45 ans et plus, selon la catégorie socioprofessionnelle en 2003



Champ : France métropolitaine, femmes âgées de 45 ans et plus, vivant en ménage ordinaire.
Source : INSEE, Enquête décennale 2002-2003.

Le rôle de la catégorie socioprofessionnelle est important, en lien toutefois avec le niveau d'éducation plus encore qu'avec la seule pénibilité du travail, comme l'a souligné Françoise Forette. Le graphique ci-après est révélateur à cet égard.

Graphique 6 : Prévalence du surpoids et de l'obésité selon le niveau d'étude chez les femmes



Champ : France métropolitaine (hors Corse), femmes âgées de 18 à 74 ans résidant en ménage ordinaire.

Source : Étude nationale nutrition santé, 2006-2007.

Signalons par ailleurs que les départements d'Outre-mer se caractérisent par un taux de prévalence et d'incidence particulièrement élevé du diabète chez les femmes. Le ratio hommes/femmes est estimé à 0,92 à La Réunion, 0,88 en Martinique, 0,84 en Guadeloupe et 0,82 en Guyane contre 1,46 en Métropole.

La prévalence de l'obésité s'est également accentuée entre 1997 et 2009 en fonction du niveau de revenu. Pour les plus défavorisés, les produits recommandés (légumes, fruits, poisson...) sont peu accessibles et les experts interrogés par la Commission sur la prévention de l'obésité ont établi qu'en dessous de 3,50 euros par personne et par jour il est impossible d'accéder à une alimentation équilibrée.

Le Centre d'analyse stratégique relève par ailleurs qu'au-delà de la position sociale, c'est surtout la trajectoire sociale qui est un facteur explicatif pertinent de situations de surpoids. Ainsi, le stress au travail, l'expérience du chômage ou les processus de précarisation, caractéristiques qui affectent un grand nombre de femmes, ont un impact non négligeable. Ces situations s'accompagnent en effet souvent d'une modification des pratiques alimentaires liée à la perte des rythmes journaliers et au besoin de compenser les incertitudes et les angoisses du quotidien.

Enfin, de génération en génération, on devient obèse de plus en plus jeune : 10 % des Français nés il y a cinquante ans sont obèses alors que ce pourcentage est d'ores et déjà atteint chez ceux nés il y a seulement trente ans, ce qui alerte sur la nécessité d'une prévention précoce.

3. Le surpoids et l'obésité touchent de plus en plus d'enfants

La prévalence du surpoids et de l'obésité apparaît désormais en France de plus en plus précocement : près de 18 % des enfants et adolescents âgés de 3 à 17 ans sont aujourd'hui concernés contre 5 % en 1980. Elle frappe plus nettement les populations défavorisées (25 % des enfants sont touchés dans cette catégorie). Dès lors qu'elle s'installe dans l'enfance, cette pathologie est très difficilement réversible.

Les tableaux ci-dessous montrent que les filles sont plus sujettes à l'obésité que les garçons, notamment dans les tranches d'âges 3-10 ans (3,8 % contre 2,9 %) et 15-17 ans (4,7 % contre 3,8 %). En revanche, excepté pour les 3-10 ans où l'écart est notoire (18,1 % pour les filles contre 8,5 % pour les garçons), elles sont moins concernées que les garçons par le surpoids.

Tableau 6 : Prévalence d'obésité dans la population d'enfants vivant en France en 2006 (en %) (Indice de masse corporelle supérieur au seuil de l'*International Obesity Task Force* 30)

Enfants	Filles	Garçons	Total
3-10 ans	3,8	2,9	3,4
11-14 ans	3,0	3,2	3,1
15-17 ans	4,7	3,8	4,3
Total 3-17 ans	3,8	3,2	3,5

Tableau 7 : Prévalence de surpoids dans la population d'enfants vivant en France en 2006 (en %) (Indice de masse corporelle compris entre les seuils 25 et 30 de l'*International Obesity Task Force*)

Enfants	Filles	Garçons	Total
3-10 ans	18,1	8,5	13,1
11-14 ans	13,5	22,1	18,1
15-17 ans	11,8	12,9	12,3
Total 3-17 ans	15,5	13,1	14,3

Tableau 8 : Prévalence de surpoids et d'obésité dans la population d'enfants vivant en France en 2006 (en %) (Indice de masse corporelle supérieur au seuil 25 de l'*International Obesity Task Force* 30)

Enfants	Filles	Garçons	Total
3-10 ans	21,9	11,4	16,5
11-14 ans	16,5	25,3	21,2
15-17 ans	16,5	16,7	16,6
Total 3-17 ans	19,3	16,2	17,8

Source : Étude nationale nutrition santé - Institut de veille sanitaire : enquête réalisée en 2006-2007 auprès d'un échantillon national représentatif de 1675 enfants et adolescents. Le poids et la taille ont été mesurés par des professionnels dans des conditions standardisées répondant aux critères internationaux.

Les bilans de santé effectués à l'âge de 6 ans notamment dans le cadre de la médecine scolaire sont particulièrement importants pour repérer le « rebond de l'IMC » (Indice de masse corporelle). En effet, entre le début de la marche et l'âge de 6 ans, l'IMC doit normalement rester stable ; son augmentation dans ce laps de temps constitue un signal d'alerte de risque d'obésité ultérieure. Il existe en effet une corrélation forte entre l'indice de masse corporelle à l'âge de 6 ans et celui à l'âge adulte, en raison notamment de la forte capacité de formation des cellules adipeuses au cours de la petite enfance. Il est d'autant plus important de repérer les facteurs comportementaux préjudiciables qu'ils sont plus faciles à corriger s'ils sont pris précocement en charge. Plus en amont encore, les médecins et les personnels de santé sensibilisent davantage aujourd'hui les femmes à une prise de poids modérée durant la grossesse, les recherches conduisant à penser qu'un certain nombre de facteurs prédictifs peuvent exister dès la vie utérine (alimentation mal équilibrée de la mère en particulier).

D'une manière générale, ainsi que le souligne le Centre d'analyse stratégique, agir dès le plus jeune âge pour lutter contre l'obésité est impératif à plusieurs titres. D'une part, sortir d'une situation de surpoids est difficile, il est donc préférable d'éviter sa survenue. D'autre part, c'est au cours de l'enfance que se déroule le processus d'apprentissage et de socialisation du goût et c'est lors des six premières années que les appétences et les goûts peuvent être modulés et modifiés.

4. Des conséquences majeures et multidimensionnelles

Le surpoids et *a fortiori* l'obésité s'accompagnent de conséquences majeures pouvant conduire à une véritable détérioration de la qualité de vie des individus concernés. Outre une prédisposition à la survenue d'autres pathologies (cardiovasculaires, diabète, cancers etc.), l'obésité entraîne des phénomènes de stigmatisation parfois importants. Ceux-ci peuvent ainsi influencer sur le parcours scolaire des enfants comme l'ont constaté les pédopsychiatres : un enfant obèse qui subit constamment les brimades et les moqueries d'autres élèves développera un stress qui peut déboucher sur une phobie scolaire. Ils sont également susceptibles d'exercer une influence négative sur la situation sociale des adultes avec un risque de stagnation professionnelle voire de déclassement (difficultés d'accès ou de maintien dans l'emploi).

La prise de conscience de cet enjeu de société tant à la fois sanitaire et social a conduit les pouvoirs publics à mettre en place depuis janvier 2001 un Programme national nutrition santé dont le deuxième (2006-2010) vient d'être évalué⁴⁶. Il s'efforce de mobiliser tous les acteurs : professionnels de santé bien sûr, mais aussi acteurs économiques du secteur agroalimentaire, acteurs associatifs et collectivités locales en prévoyant en outre un ciblage spécifique des populations défavorisées.

⁴⁶ *Évaluation du programme national nutrition santé PNNS 2 (2006-2010)*, IGAS/Conseil général de l'alimentation, de l'agriculture et des espaces ruraux, avril 2010.

Dans ses conclusions, la mission d'évaluation souligne que la réduction de 20 % de la prévalence du surpoids et de l'obésité - qui constituait un des dispositifs du PNNS - n'est pas obtenue bien qu'il soit constaté chez les adultes une relative stabilité du surpoids. En revanche, la mission a relevé une stabilisation de la prévalence du surpoids et de l'obésité chez les enfants et adolescents depuis 2006.

La question qui reste la plus préoccupante tant chez les adultes que chez les enfants est celle des personnes des milieux socio-économiques défavorisés chez lesquelles l'épidémie d'obésité continue de progresser. À cet égard, le PNNS 2 s'était fixé comme objectif d'amplifier les actions visant à l'approvisionnement en fruits et légumes des banques alimentaires : faciliter le conditionnement des produits non vendus mais aptes à la consommation sur les marchés d'intérêt national et gérer l'offre de coupons fruits et légumes destinés à des familles défavorisées.

La Fédération des paniers de la mer regroupant des structures d'insertion, qui récupèrent le poisson invendu et le transforment avant de le donner à des associations caritatives, contribue elle aussi à une diversification de l'aide alimentaire favorable à la santé des bénéficiaires (140 tonnes de poisson ont été distribuées en 2009).

La mission d'évaluation du PNNS 2 regrette que ces initiatives soient insuffisamment valorisées et relayées, notamment en y impliquant davantage les Caisses d'allocations familiales (CAF) qui connaissent bien les difficultés des personnes défavorisées et sont en première ligne pour leur suivi. Le soutien actif des CAF devrait permettre en outre de davantage sensibiliser les mères de famille dont le rôle de transmission des savoirs et des comportements en matière de santé est fondamental.

III - DES FACTEURS PÉJORATIFS SUR L'ÉTAT DE SANTÉ ET L'ACCÈS AUX SOINS

A - UNE SOUS-REPRÉSENTATION DES FEMMES DANS LA RECHERCHE MÉDICALE ET LES ESSAIS CLINIQUES

La dimension du genre dans le domaine de la santé est une préoccupation récente des pouvoirs publics quel que soit le pays. Les États-Unis et le Canada s'y sont intéressés les premiers, les pays européens et notamment la France prennent tout juste conscience des risques induits par cette méconnaissance.

Le Comité économique et social européen dans son avis adopté le 17 mars 2010 sur la *Feuille de route pour l'égalité entre les femmes et les hommes (2006-2010) et stratégie de suivi* inscrit la dimension du genre dans le domaine de la santé parmi ses recommandations : « *Le CESE considère qu'il est nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle stratégie de santé qui intègre les besoins différents des hommes et des femmes en matière de santé et souligne l'absence d'actions concrètes prévues dans ce sens. À cette fin, il est nécessaire de faire progresser la recherche consacrée à la santé des femmes et aux maladies qui les touchent* ».

1. Peu d'essais cliniques incluent des femmes

Les différences biologiques entre hommes et femmes ont une incidence sur l'action des médicaments dans l'organisme. À titre d'exemple, au regard des différences de poids moyen entre les deux sexes, un traitement prédosé, conditionné pour un homme pourrait être excessif pour une femme. Par ailleurs, l'usage concomitant de contraceptifs hormonaux peut produire chez la femme une action métabolique distincte pour un même médicament.

L'une des motivations de l'exclusion des femmes des essais thérapeutiques est sans doute dictée par le souci de les protéger dès lors qu'elles pourraient ignorer un début de grossesse. Ainsi vers la fin des années 70, la FDA américaine avait adopté, par crainte de causer du tort à un éventuel fœtus, une politique tendant à exclure de la recherche pharmaceutique toute candidate de sexe féminin. Alors qu'elle ne visait à l'origine que les essais de phase I qui ont pour but de déterminer les seuils de toxicité d'un médicament en le testant sur des sujets sains ou au contraire atteints par la maladie, cette politique a de fait été étendue à toute la recherche sur les médicaments.

Aux États-Unis, la situation a commencé à évoluer au cours des années 1990, une loi adoptée en 1993 obligeant en particulier les responsables des projets de recherche financés sur fonds publics à recruter des sujets féminins pour tous les essais cliniques.

En février 2003, un chercheur américain, Joseph Caron, après avoir analysé les initiatives mises en œuvre pour favoriser ou appuyer une recherche qui tient compte des différences selon le sexe et le genre, parvenait aux conclusions suivantes :

- malgré les efforts substantiels investis aux États-Unis pour accroître le nombre de participantes aux essais, il n'existe aucune donnée permettant de déterminer de manière incontestable qu'ils ont permis d'atteindre l'objectif quantitatif désiré ;
- les résultats de recherche ne sont pas suffisamment ventilés selon le sexe, ce qui laisse croire que la situation a peu évolué depuis dix ans.

Les mêmes constats sur la faible participation des femmes aux essais cliniques ont été faits au Canada.

Lors d'un Congrès canadien sur la santé cardiovasculaire organisé en 2008, la docteure Wendy Tsang a passé en revue les essais cliniques effectués entre le 1^{er} janvier 1997 et le 31 décembre 2007 et dont les résultats sont parus dans trois revues médicales prestigieuses, à savoir le *Journal of the american medical association* (JAMA), le *Lancet* et le *New England journal of medicine*.

Selon l'étude réalisée par Mme Tsang, bien que les femmes constituent 53 % des patients souffrant d'une maladie cardiovasculaire au sein de la population générale, elles représentaient à peine 29 % des sujets d'essais cliniques atteints de maladies coronariennes, 25 % des sujets atteints d'une insuffisance cardiaque et 34 % des sujets atteints d'arythmies.

« Notre étude indique que la proportion de femmes inscrites à des essais cliniques importants sur les maladies cardiovasculaires est considérablement inférieure à ce qui s'observe dans la population générale. Plus choquant encore est le fait que cette sous-représentation n'a pas changé de manière significative depuis une décennie » a fait valoir la docteure Tsang.

La sous-représentation des femmes au sein des essais cliniques pourrait être attribuable au fait qu'on leur demande moins souvent qu'aux hommes d'y participer mais aussi au constat que les femmes souffrent des maladies cardiovasculaires à un âge plus avancé que les hommes. Or de nombreux essais ont comme fondement de ne pas inclure des sujets âgés de plus de 70 ans.

La sous-représentation des femmes dans les recherches cliniques concerne également le cancer, tout au moins aux États-Unis, ainsi que l'ont démontré des chercheurs de l'*University of Michigan*.

Ces chercheurs ont, de la même façon, examiné des études cliniques sur le cancer publiées en 2006 dans des revues médicales de référence. Dans les études portant sur des cancers pouvant toucher les deux sexes, les femmes constituaient en moyenne 39 % des participants. Les études axées sur les traitements comptaient une proportion plus faible encore de femmes : 37 %.

L'analyse des études spécifiques à divers types de cancers a révélé que les femmes étaient significativement sous-représentées dans celles sur le traitement des sarcomes et des cancers du système gastro-intestinal, du poumon et du système nerveux.

Selon le docteur Bernard Asselain, chef du service de biostatistique de l'Institut Curie, on ne constate pas de discrimination en France dans le domaine de la cancérologie. Ceci étant, les chercheurs s'attachent prioritairement à la pathologie, qu'elle touche les hommes ou les femmes, et portent peu d'intérêt à la dimension du genre.

2. L'insuffisance des recherches influe sur la prise en charge et le traitement

Une étude sur la prise en charge de l'infarctus, réalisée cette fois en France dans la région de Franche-Comté en 2006 et 2007, a montré que le manque d'évaluation des traitements appliqués aux femmes peut avoir des conséquences dramatiques en termes de mortalité, d'autant plus que les symptômes de la même pathologie peuvent être différents de ceux des hommes : les femmes éprouvent en particulier moins souvent une douleur thoracique typique mais plus fréquemment des manifestations nauséuses et des douleurs dans les mâchoires.

Le docteur François Schiele, chef du service de cardiologie à l'hôpital universitaire de Besançon, principal auteur de l'étude, a ainsi révélé que les femmes victimes d'un infarctus en meurent deux fois plus que les hommes.

Cette étude menée auprès de 3000 hommes et femmes hospitalisés à la suite d'une crise cardiaque a montré que celles-ci avaient eu beaucoup moins d'angiographies ou d'angioplasties que les hommes.

Pour le docteur Schiele, **il convient de réfléchir à une surveillance et à des traitements plus spécifiques chez les femmes en formant les médecins à affiner leur diagnostic et la prise en charge correspondante.**

Il a ainsi précisé que le *stent* - petit ressort métallique pour garder une artère ouverte - fonctionne parfaitement chez une femme mais demande une formation spécifique des médecins à l'intervention (les artères des femmes sont plus fines et plus sinueuses que celles des hommes). De même les saignements plus abondants chez les femmes traitées avec des anticoagulants après un infarctus s'expliquent par un dosage des médicaments formulé pour des hommes.

Ces exemples révélateurs confirment que la recherche en santé n'a pas échappé plus que les autres domaines à une vision du monde orientée par le masculin, c'est-à-dire que des biais involontaires ou non se sont glissés dans la définition des priorités scientifiques. Dès lors *« comme on ne trouve que ce que l'on cherche, il est nécessaire de s'interroger régulièrement sur l'orientation des programmes de recherche afin d'assurer un développement des connaissances équilibré par rapport aux questions de santé des femmes et des hommes »*⁴⁷.

B - LE DÉVELOPPEMENT DE L'ISOLEMENT

Durant la dernière décennie, l'augmentation importante du nombre de familles monoparentales, composées essentiellement d'une mère et de ses enfants, conjuguée au vieillissement de la population et au taux de survie plus élevé des femmes, s'est traduit par l'extension de la dimension féminine des situations d'isolement. Celles-ci s'accompagnent fréquemment de difficultés

⁴⁷ *La santé des femmes*, Marie-Josèphe Saurel-Cubizolles et Béatrice Blondel, Médecine-Sciences, Flammarion, 1996.

financières qui compromettent l'accès aux soins et influent donc directement sur l'état de santé des personnes concernées.

1. De plus en plus de familles monoparentales dont le chef est une femme

En 2005, 1,76 million de familles étaient composées d'enfants de moins de 25 ans et d'un seul parent, dans l'immense majorité des cas leur mère. Seule la moitié des mères de famille monoparentale occupent un emploi à temps complet alors qu'elles fournissent en général l'essentiel des revenus du ménage. La situation de famille monoparentale constitue un facteur non négligeable de féminisation de la pauvreté. Alors que les familles monoparentales ne représentent que 7 % de l'ensemble des ménages, elles constituent 20 % de ceux vivant au-dessous du seuil de pauvreté.

L'enquête sur la santé et la protection sociale réalisée en 2006 par l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES) a par ailleurs montré que le taux de pauvreté des individus vivant dans une famille monoparentale a progressé de 24 % à 33 % entre 2004 et 2006 (alors que celui des personnes seules et de celles vivant dans un couple avec enfants est resté stable). L'enquête révèle également que les familles monoparentales sont surreprésentées parmi les bénéficiaires de la CMUC et que cette part tend à progresser : en 2006, un tiers des bénéficiaires de la CMUC appartient à une famille monoparentale, en progression de trois points par rapport à 2003.

Les femmes bénéficiaires de la CMUC sont plus nombreuses à déclarer un état de santé dégradé que les femmes avec ou sans couverture complémentaire et ce à tous les âges. De plus, dans cette population, plus d'une sur cinq à partir de 25 ans renonce à des soins pour raisons financières. Il s'agit principalement de soins dentaires ou prothétiques et de soins d'optique et plus généralement de toutes les consultations nécessitant une avance de frais.

2. Plus de la moitié des femmes de 75 ans ou plus vivent seules

L'isolement des personnes âgées s'accroît avec le vieillissement et le phénomène touche davantage les femmes. Aujourd'hui, 63 % des personnes âgées de 75 ans et plus sont des femmes et au-delà de 80 ans, plus de 60 % des femmes vivent seules, contre seulement 21 % des hommes. L'augmentation du nombre des personnes âgées vieillissant à leur domicile et atteintes de pathologies, notamment cognitives, fait apparaître de nouveaux besoins d'accompagnement, auxquels il importe d'autant plus d'apporter une réponse coordonnée tant au niveau sanitaire que social, qu'à défaut le recours à un établissement de long séjour, pas toujours justifié et beaucoup plus coûteux, deviendra inévitable.

L'isolement constitue également un facteur d'aggravation de la pauvreté ainsi que l'a mis en évidence un rapport d'information du Sénat publié en 2007 *La lutte contre la pauvreté et l'exclusion : une responsabilité à partager*⁴⁸.

Ce rapport reconnaît que si la situation des personnes âgées de plus de 60 ans s'est globalement améliorée durant les trente dernières années, avec un net recul de la pauvreté dans la tranche d'âge 65 à 74 ans, au-delà de 75 ans, on observe une dégradation, le taux de pauvreté étant respectivement de 14,3 % pour les femmes et de 9,2 % pour les hommes.

C - L'INFLUENCE PRÉJUDICIABLE DE LA PRÉCARITÉ SUR LA SANTÉ

1. La précarité est un obstacle au suivi sanitaire et à la prévention

Dans un contexte de précarité, la question de la santé ne constitue pas une priorité par rapport à d'autres préoccupations vitales au quotidien : se nourrir et se loger. **Plus la précarité est forte, plus l'attention portée au corps est négligée, plus le rapport au temps est marqué par la vie au jour le jour et plus le contact avec les institutions sanitaires et sociales et les professionnels de santé est difficile.** Le recours au soin ne s'imposera véritablement que dans l'urgence, ce qui se traduit par une fréquentation plus élevée des établissements hospitaliers par les personnes défavorisées.

Ces difficultés d'accès et ces réticences concernent toutes les étapes clés de la vie des femmes.

Ainsi, au CHU de Montreuil en Seine-Saint-Denis, plus de 15 % des grossesses font l'objet d'un suivi irrégulier en dessous de la norme de trois consultations émise par l'OMS. Il s'agit dans la majorité des cas de mères célibataires et seules (77 %) ⁴⁹.

On peut faire le même constat s'agissant de la prévention et des actions de dépistage, en particulier mammographies et frottis. Si plus de 50 % des femmes ont plus de frottis que nécessaire, on estime que 40 % d'entre elles ne sont, à l'inverse, pas convenablement dépistées. Cette situation est d'autant plus dommageable que les femmes en situation de précarité présentent un risque plus fréquent d'évolution d'une lésion infectieuse bénigne vers un cancer parce qu'elles combinent des facteurs repérés d'une telle évolution : difficultés d'accès à l'hygiène, infections sexuellement transmissibles, nutrition mal équilibrée...

⁴⁸ *La lutte contre la pauvreté et l'exclusion : une responsabilité à partager*, rapport d'information (n° 445) de M. Christian Demuynck, président et de M. Bernard Seillier, rapporteur, Sénat, 2007.

⁴⁹ *Première journée humanitaire sur la santé des femmes dans le monde*, Hors-série, mars 2006.

L'avance de frais concernant le dépistage du cancer du col de l'utérus est bien sûr un obstacle pour les femmes en situation de précarité mais même en cas de prise en charge comme pour les mammographies proposées à toutes les femmes de 50 à 74 ans, **il apparaît clairement que les intéressées ont besoin de relais (associations de quartiers, unités gynécologiques spécifiques et mobiles) pour accéder aux droits qui leur sont ouverts.**

Il est manifeste que la prise en charge sanitaire pour le suivi des femmes en situation de précarité doit être multidisciplinaire, en réseau et en incluant les services sociaux. Il importe aussi que les personnels soignants adoptent un discours accessible et adapté au vécu de leurs patientes.

2. La vulnérabilité aggravée des femmes victimes de violences

Selon l'OMS, les femmes victimes perdent entre 1 et 4 années de vie en bonne santé et les violences conjugales sont à l'origine d'un doublement des dépenses totales de santé annuelles chez les femmes.

L'impact de la violence, en particulier conjugale, sur la santé des femmes a été largement documenté en France, notamment dans le cadre des rapports du groupe de travail présidé par le professeur Henrion⁵⁰ et du haut comité de la santé publique⁵¹. Cette violence entraîne trois types majeurs de troubles médicaux : traumatiques, gynécologiques (infections ou hémorragies vaginales, douleurs pelviennes chroniques, perte de la libido, IST/VIH et grossesses non désirées, etc.), psychologiques. Ces effets péjoratifs sur la santé des femmes victimes concernent non seulement le court mais également le long terme, même longtemps après que les violences ont cessé. En effet, la violence subie de façon chronique est cause de peur, d'angoisse, d'un sentiment de honte et de culpabilité, qui tend à isoler la victime et retentit sur toute sa vie sociale.

Parmi les professionnels de santé, les médecins généralistes, les urgentistes hospitaliers, les gynécologues sont en première ligne. Toutefois, ainsi que le relevait la doctoresse Anne Tursz dans un rapport préparatoire à l'élaboration du premier Plan violence et santé⁵², dans la majorité des cas, si le diagnostic de violence volontaire est porté, ce n'est pas le médecin qui repère mais la femme elle-même qui évoque le sujet. Et souvent par manque de formation ou par préjugé, le médecin ne réagit pas suffisamment face à ce problème médical. La réponse la plus fréquemment apportée consiste en une prescription de psychotropes et, soulignait la doctoresse Anne Tursz, « *si les femmes parlent peu de la violence à laquelle elles sont confrontées, les médecins les interrogent encore plus rarement sur ce sujet* ».

⁵⁰ Professeur Roger Henrion, *Les femmes victimes de violences conjugales : le rôle des professionnels de santé*, La Documentation française, février 2001.

⁵¹ *Violences et santé*, Haut comité de la santé publique, mai 2004.

⁵² Anne Tursz, *Travaux préparatoires à l'élaboration du Plan violences et santé en application de la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004*, mai 2005.

Quant au retentissement des violences sur la santé psychique des femmes, il a été mesuré dans le cadre de l'enquête ENVEFF. Il est important puisque 17 % des femmes ayant subi un épisode violent et 25 % de celles qui en ont vécu plusieurs ont un niveau de stress post-traumatique élevé. Celui-ci est caractérisé par la survenue de cauchemars, de troubles anxieux et de crises de panique. Le taux de suicide suit également une courbe ascendante : de 0,2 % chez les femmes qui n'ont pas déclaré de violences, il passe à 3 % chez celles qui ont connu un épisode violent et à 5 % quand elles en ont subi plusieurs. Les femmes victimes de violences consomment enfin plus souvent et plus régulièrement des médicaments psychotropes.

Si les professionnels de santé assument un rôle essentiel dans le dépistage des violences, la plupart d'entre eux, notamment les médecins, restent trop peu préparés au repérage, à l'accueil et à la prise en charge des victimes.

Dans le cadre de la campagne « Stop violence, agir c'est le dire », les différents ministères mobilisés dans la lutte contre les violences faites aux femmes avaient publié en 2005 un document commun à l'ensemble des secteurs concernés, décliné sous forme de fiches pratiques : « *Lutter contre la violence au sein du couple - le rôle des professionnels* ». La mission d'évaluation du plan global 2005-2007 de lutte contre les violences faites aux femmes a malheureusement constaté qu'une partie non négligeable des professionnels rencontrés ignorait l'existence de ce guide.

Le plan 2005-2007 prévoyait également qu'une action particulière de sensibilisation soit menée en direction des médecins généralistes et gynécologues obstétriciens pour que cette problématique soit abordée en particulier lors de l'entretien du quatrième mois de grossesse (période à risque pour les femmes victimes de violences) mais, là encore, aucune méthodologie n'a été définie.

La prise en charge des victimes à l'hôpital apparaît mieux structurée notamment dans le cadre des Unités médico-judiciaires (UMJ) ouvertes aux intervenants sociaux et permettant un accompagnement pluridisciplinaire. Il n'existe toutefois qu'une soixantaine d'UMJ sur le territoire. Le rapport d'information de l'Assemblée nationale sur *Violences faites aux femmes : mettre enfin un terme à l'inacceptable*⁵³ estime à ce propos qu'un protocole d'accueil et de prise en charge des victimes de violences devrait être mis en place dans les services d'urgence.

Les lacunes de l'accueil et de la prise en charge médicale des femmes victimes de violences apparaissent donc encore importantes alors même que les professionnels de santé, premiers collecteurs de données cliniques et épidémiologiques sur ce phénomène, constituent un vecteur essentiel pour l'éradiquer.

⁵³ Danielle Bousquet, présidente, Guy Geoffroy, rapporteur, *Violences faites aux femmes : mettre enfin un terme à l'inacceptable*, rapport d'information n° 1799, Assemblée nationale, juillet 2009.

Les moyens supplémentaires alloués à la lutte contre les violences faites aux femmes au titre de « *Grande cause nationale 2010* » devraient permettre de mieux sensibiliser les professionnels de santé au repérage de ce drame si souvent occulté ou sous-estimé et de renforcer le partenariat indispensable entre les différents intervenants pour accompagner les victimes.

CHAPITRE III

LES ACTIONS À PROMOUVOIR POUR AMÉLIORER LA SANTÉ DES FEMMES

Le panorama qui vient d'être dressé reflète les progrès continus de l'état de santé des femmes en France tout au long du XX^e siècle dont témoigne une espérance de vie parmi les plus élevées du monde. Parmi ces avancées figure bien sûr la maîtrise de la fécondité, même si les droits des femmes dans ce domaine ont été difficilement obtenus, ne sont pas encore pleinement exercés et requièrent une vigilance permanente pour être effectifs.

En général plus attentives que les hommes à leur équilibre alimentaire et davantage sensibilisées à l'intérêt des examens de prévention, la plupart des femmes bénéficient également d'un suivi à plusieurs étapes clés de leur vie (grossesse et ménopause notamment). Ces facteurs positifs sont toutefois tempérés par des vulnérabilités spécifiques (maladies cardiovasculaires, ostéoporose, maladie d'Alzheimer) et des inégalités : exposition plus fréquente aux violences ainsi qu'aux risques psychosociaux en milieu de travail, inégalités sociales que manifestent la prévalence de certaines pathologies et les difficultés d'accès de nombreuses femmes aux dépistages et aux soins. Enfin, la grande majorité d'entre elles se retrouve souvent isolée aux âges élevés, alors même que les incapacités s'aggravent, les besoins d'aide s'accroissent et qu'elles doivent y faire face avec un niveau de retraite inférieur en moyenne de 40 % à celui des hommes.

La délégation aux droits des Femmes et à l'égalité des chances entre hommes et femmes émet plusieurs propositions pour remédier aux fragilités et inégalités constatées, mais elle met surtout fortement l'accent sur la prévention et tout particulièrement sur l'éducation et la sensibilisation des jeunes filles à leur santé.

I - RELANCER UNE POLITIQUE ACTIVE D'ÉDUCATION À LA SANTÉ EN Y ASSOCIANT ÉTROITEMENT LE MILIEU SCOLAIRE

La sensibilisation à l'adoption de comportements favorables à la préservation du capital santé a d'autant plus de chances de porter ses fruits qu'elle démarre précocement et qu'elle est régulièrement entretenue.

À cet égard, l'éducation à la santé figure à juste titre parmi les préoccupations de la communauté éducative en milieu scolaire. L'éducation à la santé concerne bien sûr autant les garçons que les filles, mais elle revêt une connotation particulière pour ces dernières. D'une part, c'est un important vecteur d'émancipation et de prévention de la violence dont les filles peuvent être victimes. Contribuer à l'éducation à la citoyenneté, prévenir les violences,

proposer des actions pour aider les parents en difficulté et lutter contre l'exclusion et enfin, définir un programme d'éducation à la santé et à la sexualité et de prévention des conduites addictives figurent d'ailleurs expressément dans les missions des Comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC) mis en place depuis une dizaine d'années dans les établissements scolaires du second degré. **Dans les zones sensibles, les CESC doivent être incités à porter une attention particulière aux signes de mal-être des jeunes filles.** D'autre part, il est d'autant plus pertinent de sensibiliser le plus tôt possible les jeunes filles aux questions de santé qu'elles sont généralement plus réceptives que les jeunes garçons sur ce sujet. Elles seront ainsi mieux préparées pour contribuer à la transmission des connaissances en la matière.

La délégation aux droits des Femmes et à l'égalité des chances entre hommes et femmes recommande donc de **développer une politique d'éducation à la santé adaptée et ciblée en s'appuyant sur l'expertise des professionnels de santé de l'Éducation nationale (médecins et infirmières).**

Sans aller plus avant dans la réorientation des services de santé scolaire qui dépasse le champ de compétences de la délégation, il paraîtrait plus pertinent de **confier aux infirmières scolaires une mission de repérage en amont des troubles physiques ou psychiques** en s'appuyant sur les signes d'appel constatés par les enseignants et de **cibler les bilans effectués par les médecins sur les enfants préalablement repérés.** Un tel ciblage permettrait un suivi plus attentif des élèves en difficulté, particulièrement des très jeunes filles qui ne bénéficient pas toujours d'une écoute et d'un soutien adéquats au sein de leur famille.

Sur un plan général, la politique engagée devrait privilégier les thèmes de l'éducation alimentaire et de la lutte contre le surpoids ainsi que la prévention des conduites à risque et l'éducation à la sexualité.

A - PRÉVENIR LE SURPOIDS ET DÉVELOPPER L'ÉDUCATION ALIMENTAIRE

L'accroissement rapide de la fraction de la population en excès de poids notamment chez les jeunes des deux sexes (près de 18 % des enfants et adolescents âgés de 3 à 17 ans sont aujourd'hui concernés contre 5 % en 1980) est devenu un problème de santé publique. À défaut d'une action déterminée et rapide, nous serons confrontés à moyen terme à l'accroissement de handicaps fonctionnels et de pathologies organiques. Pour les femmes, il s'agit non seulement de risques aggravés de maladies cardiovasculaires et de survenue de cancers notamment du sein, mais aussi de complications pendant la grossesse (diabète gestationnel, hypertension...) pouvant influencer sur le développement du fœtus.

Pour la délégation aux droits des Femmes et à l'égalité des chances entre hommes et femmes, la prévention précoce de l'obésité et du surpoids implique :

- l'amélioration du repérage du rebond d'adiposité précoce (avant l'âge de 6 ans) et l'organisation d'un continuum dépistage - prise en charge fondée sur un partenariat entre PMI, médecine scolaire et médecine de ville ;
- le développement des activités sportives dans le cursus scolaire dès le plus jeune âge en veillant tout particulièrement à une offre non sexuée mais suffisamment diversifiée pour convenir à toutes les jeunes filles. À cet égard, le renforcement du partenariat avec les associations sportives et les collectivités territoriales pour une utilisation optimale des équipements doit être encouragé. Ce partenariat devrait également permettre une mutualisation des moyens en personnel d'encadrement spécialisé, indispensable pour garantir la qualité et la sécurité des activités proposées pendant les différents temps de la vie scolaire et extrascolaire.

Il est tout aussi important de favoriser dès l'enfance l'acquisition de bons comportements alimentaires. La délégation aux droits des Femmes et à l'égalité des chances entre hommes et femmes recommande à cet effet :

- d'organiser des ateliers découverte de la diversité alimentaire avec les enfants dès l'école maternelle en y associant les associations de parents d'élèves ;
- de contrôler strictement l'équilibre, la diversité et la qualité nutritionnelle des repas servis dans les restaurants scolaires et de veiller à l'aménagement de l'environnement (acoustique notamment). Des collectivités territoriales développent une politique de circuits courts privilégiant les produits de saison en faisant appel aux filières locales de production. Ces initiatives doivent être soutenues et encouragées en y associant les jeunes eux-mêmes, comme le fait par exemple le Conseil général du Tarn ;
- de généraliser l'installation de fontaines d'eau réfrigérée dans tous les établissements d'enseignement.

B - AMÉLIORER LA PRÉVENTION DES CONDUITES À RISQUES

La consommation d'alcool est en forte augmentation chez les adolescents des deux sexes depuis une dizaine d'années. 38 % des filles âgées de 15 ans (44 % des garçons) déclaraient en 2006 avoir déjà été ivres. Ce constat a conduit notamment à l'interdiction de la vente d'alcool aux mineurs ainsi qu'à celle de la pratique des « *open bars* » qui concerne également les majeurs.

Le tabagisme féminin, même s'il est plus tardif, devient désormais plus important que chez les garçons. L'interdiction de la vente de tabac aux mineurs, de même que celle de la commercialisation des cigarettes aromatisées plus attrayantes pour les jeunes, limitent de fait la consommation.

Il convient de contrôler l'application effective de ces mesures qu'elles concernent l'alcool ou le tabac.

La consommation de cannabis, drogue illicite la plus répandue, est également devenue quasi équivalente chez les filles et les garçons. Sur ce point, un discours clair de non banalisation de l'usage des drogues est indispensable d'abord en rappelant l'interdit (une étude BVA réalisée en septembre 2008 pour l'INPES révèle que 49 % de la population générale et 39 % des jeunes de 15 à 34 ans ignorent qu'il est interdit de fumer du cannabis, même à son domicile), et en **renforçant l'information sur les risques physiques, psychiques et de désocialisation induits par la consommation de produits stupéfiants.**

Le rôle des parents est primordial dans la prévention, mais ils sont très démunis. La Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie a organisé les 6 et 7 mai 2010 les Assises de la parentalité et de la prévention, dont l'objectif était de réfléchir et de débattre sur la place et le rôle des adultes dans la prévention des conduites à risques des adolescents afin d'élaborer des **programmes d'aides à la parentalité**. La délégation aux droits des Femmes et à l'égalité des chances entre hommes et femmes souhaite que les associations de parents d'élèves soient associées à l'élaboration et à la diffusion de ces programmes.

D'une manière générale, l'amélioration de la prévention des comportements à risques chez les jeunes passe aussi par une autosensibilisation les rendant acteurs de leur propre prévention. Pour ce faire, **il convient d'accorder une place privilégiée aux méthodes qui sollicitent la participation active et interactive des élèves (jeux de rôle, mise en situation).**

Les réunions débats périodiquement organisées dans les établissements scolaires devraient être centrées sur un projet collectif construit par les jeunes eux-mêmes : conception d'affiches, rédaction de messages, collecte de témoignages de ceux et celles qui sont parvenus à surmonter leurs addictions.

C - METTRE EN ŒUVRE UNE VÉRITABLE POLITIQUE D'ÉDUCATION À LA SEXUALITÉ

La loi du 4 juillet 2001 a confié à l'école une mission spécifique en matière d'éducation à la sexualité, considérée comme une composante essentielle de la construction de la personne et de l'éducation du citoyen. Cette démarche participe également d'une politique plus large de prévention et de protection des jeunes au regard d'un certain nombre de risques (grossesses précoces non désirées, infections sexuellement transmissibles, violences...). **La circulaire du 17 février 2003 fixe le cadre et établit les références de cette éducation « qui**

se fonde sur les valeurs humanistes de tolérance et de liberté, du respect de soi et d'autrui et doit trouver sa place à l'école sans heurter les familles ou froisser les convictions de chacun». **Il n'y a rien à ajouter à ce texte, il faut simplement se donner les moyens de le faire vivre.**

La délégation aux droits des Femmes et à l'égalité des chances entre hommes et femmes préconise donc une relance active des dispositions prévues, dans le cadre d'un partenariat entre personnels éducatifs, personnels de santé scolaire et intervenants extérieurs (associations de planning familial notamment). Les Comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté évoqués plus haut sont les mieux à même pour repérer et coordonner les partenaires de proximité auxquels il peut être fait appel. Ils permettent en outre de relayer l'information auprès des personnels de la communauté éducative.

Des conventions avec les services de l'État, les Conseils généraux ou régionaux devraient permettre de financer les interventions, notamment dans le cadre de la politique de la ville.

La délégation aux droits des Femmes et à l'égalité des chances entre hommes et femmes estime en outre que pour de nombreuses adolescentes qui ne peuvent ou ne veulent évoquer les questions de sexualité et de contraception dans leur environnement familial, **l'infirmier scolaire constitue un lieu d'accueil et d'écoute où une relation de confiance et un dialogue peuvent s'établir en toute confidentialité.**

Elle préconise donc un **renforcement des effectifs des services de santé scolaire : médecins, infirmières, mais aussi secrétaires médicales dont le rôle est si important pour le suivi et les relais entre les différents intervenants** (médecins, assistantes sociales, familles). Ce renforcement des moyens devrait bien entendu concerner les établissements d'enseignement d'Outre-mer où l'information sexuelle et la prévention des grossesses chez les mineures se heurtent à de nombreux freins.

II - INSTAURER UNE POLITIQUE COHÉRENTE D'INFORMATION ET DE MAÎTRISE DE LA FÉCONDITÉ

La France connaît une situation paradoxale : le taux d'utilisation des contraceptifs (essentiellement la pilule) y est parmi les plus élevés d'Europe, mais le nombre d'IVG reste stable et on constate même une augmentation régulière chez les mineures et les jeunes femmes de moins de 20 ans.

Plusieurs raisons se conjuguent pour expliquer ce paradoxe : un déficit d'information de la population mais aussi de formation des médecins alors que les méthodes contraceptives se sont considérablement diversifiées au fil du temps et surtout des limites importantes dans la prise en charge.

Pour la délégation aux droits des Femmes et à l'égalité des chances entre hommes et femmes, c'est en facilitant l'accès à l'ensemble des moyens contraceptifs que l'on réduira le nombre d'IVG, l'exercice de ce droit devant toutefois être garanti en tant qu'ultime recours.

Il importe également que l'information des femmes concernant leur fécondité soit la plus complète possible à tous les âges de la vie, incluant donc aussi la procréation médicalement assistée et l'interruption thérapeutique de grossesse.

A - FACILITER L'ACCÈS AUX MÉTHODES CONTRACEPTIVES

Les campagnes d'information présentant la palette diversifiée des moyens de contraception sont récentes (la première date de 2007) et méritent d'être régulièrement réitérées mais elles doivent être assorties de dispositions garantissant l'effectivité du droit.

1. Garantir un accès confidentiel et gratuit à la contraception pour les mineures

Pour les mineures, les exigences de confidentialité, de gratuité et de proximité pour l'accès à la contraception sont essentielles. Les centres de planification et d'éducation familiale répondent à ce souci mais ils n'existent pas partout, leurs horaires d'ouverture ne sont pas toujours adaptés et certaines adolescentes hésitent à s'y rendre.

La délégation aux droits des Femmes et à l'égalité des chances entre hommes et femmes préconise de **généraliser les expérimentations réussies sur le modèle des structures « Info-Ado »** mises en place depuis une dizaine d'années au CHU de Strasbourg et à l'hôpital intercommunal de Poissy. Ces structures comprennent trois volets interdépendants :

- des interventions en milieu scolaire assurées par des internes en médecine générale ou des sages-femmes ;
- un accueil individuel dans l'établissement hospitalier sous le logo « Info-Ado » où les jeunes sont reçus, sans avoir à décliner leur identité, pour des services allant du conseil à la délivrance gratuite de contraceptifs et préservatifs ;
- un site Internet où les jeunes peuvent poser des questions sur la sexualité et recevoir des réponses adaptées.

2. Renforcer les missions de la médecine préventive universitaire

Les universités sont les lieux privilégiés pour informer un grand nombre d'étudiant(e)s, leur offrir des soins facilement accessibles et mieux prendre en charge leur accès à la contraception.

Un décret du 7 octobre 2008 a ouvert aux services de médecine préventive universitaire la **possibilité de se transformer en centres de santé** mais, à ce jour, très peu d'universités se sont engagées dans ce processus.

La délégation aux droits des Femmes et à l'égalité des chances entre hommes et femmes souhaite que cette évolution qui favorise le recours des étudiant(e)s aux professionnels de santé sans avance de frais soit encouragée et soutenue.

L'information sur l'ensemble des méthodes contraceptives, leur accès et leur prise en charge devrait également être renforcée dans le cadre d'un partenariat entre les mutuelles étudiantes et les centres de planification familiale.

3. Développer la formation des professionnels de santé

Il est indispensable de renforcer la formation des prescripteurs : médecins notamment généralistes et sages-femmes sur l'ensemble des moyens contraceptifs disponibles afin de guider le choix des utilisateurs(trices) vers celui qui paraît le mieux adapté à la situation individuelle et au mode de vie de chacun(e). Cette formation doit être développée dans le cursus initial et être actualisée et entretenue dans le cadre de la formation continue.

4. Améliorer la prise en charge des différents moyens de contraception

La délégation aux droits des Femmes et à l'égalité des chances entre hommes et femmes souhaite que le processus engagé, qui a abouti à la prise en charge de quelques pilules de troisième génération, soit poursuivi et étendu notamment à d'autres formes de contraception non orale tels que les patchs ou les anneaux mieux adaptés aux besoins et au mode de vie de certaines femmes.

B - CONFORTER L'EXERCICE DU DROIT À L'IVG ET VEILLER À SON ACCOMPAGNEMENT

Ainsi que le relève le rapport de l'IGAS publié en octobre 2009 sur *La prévention des grossesses non désirées : contraception et contraception d'urgence*, même si les pouvoirs publics se sont efforcés de faciliter l'accès à la contraception d'urgence, son niveau d'utilisation demeure trop faible pour avoir un impact significatif sur le nombre d'IVG. Il conviendrait en tout état de cause que des guides de bonnes pratiques soient élaborés à destination des infirmières scolaires et des pharmaciens d'officine afin que la délivrance du produit s'accompagne d'une meilleure information sur l'ensemble des moyens contraceptifs.

La délégation aux droits des Femmes et à l'égalité des chances entre hommes et femmes souhaite vivement que la forte impulsion de mesures d'information et de prévention proposées plus haut contribue à réduire le nombre d'IVG. Pour autant, ce droit inscrit dans la loi constitue pour certaines femmes à un moment de leur vie le dernier recours et la seule issue possible. Elles doivent pouvoir continuer d'accéder à cet acte thérapeutique dans la sécurité et la dignité.

1. Accueillir dignement les femmes et les informer

Les problèmes rencontrés par un certain nombre de femmes qui souhaitent interrompre leur grossesse, notamment les moins informées et les plus vulnérables, sont souvent liés à l'insuffisance des capacités d'accueil dans les délais requis et accentués par l'absence d'accompagnement et d'orientation dans leurs démarches. Elles sont par ailleurs parfois confrontées à un manque d'empathie de certains personnels si la place de l'IVG n'est pas normalisée dans l'activité médicale du service.

Afin de remédier à ces dysfonctionnements, la délégation aux droits des Femmes et à l'égalité des chances entre hommes et femmes préconise :

- d'instituer dans chaque département un numéro vert offrant des renseignements pratiques sur la démarche à suivre et indiquant les coordonnées des structures d'accueil et de soins les plus proches ;
- d'informer les femmes sur les différentes techniques proposées et de leur offrir un choix effectif ;
- de veiller au maintien de cette intervention dans les établissements de proximité ;
- d'améliorer les conditions d'accueil et de prise en charge des patientes et de les sensibiliser systématiquement à l'utilisation d'un moyen contraceptif adapté à leur situation ;
- de renforcer les outils statistiques relatifs à l'IVG afin de repérer les caractéristiques des femmes qui y ont recours (délais de prise en charge, actes réitérés, etc.).

2. Former les praticiens

D'une manière générale, l'orthogénie qui englobe l'ensemble de la prévention des risques liés à la sexualité doit être reconnue comme une discipline à part entière et sa place doit être renforcée dans la formation initiale et continue notamment des généralistes mais aussi d'autres professionnels de santé dont le niveau de formation s'est accru (sages-femmes, infirmières) et qui sont également susceptibles d'intervenir dans l'activité d'IVG.

3. Garantir la pérennité du droit à l'IVG

La délégation aux droits des Femmes et à l'égalité des chances entre hommes et femmes recommande à cet effet :

- de poursuivre l'effort de revalorisation engagé pour amener le forfait IVG à un niveau permettant d'en couvrir les coûts ;

- d'intégrer l'activité d'IVG à part entière dans l'offre de soins, ainsi que le recommande le rapport de l'IGAS sur *La prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse*, en l'inscrivant dans le plan stratégique régional de santé, dans les relations contractuelles entre les agences régionales de santé et les établissements de santé ainsi que dans les projets d'établissement.

4. Répondre à la problématique spécifique de l'Outre-mer

Malgré une forte mobilisation des acteurs locaux, le taux de recours à l'IVG dans l'ensemble des départements d'Outre-mer demeure en moyenne de 28 % femmes en âge de procréer (pour 14,5 % en métropole).

La délégation aux droits des Femmes et à l'égalité des chances entre hommes et femmes préconise de **renforcer la coordination des actions de prévention et d'éducation à la sexualité**, que celles-ci soient engagées dans le cadre de campagnes spécifiques comme celle en cours actuellement sous l'égide de l'INPES, ou au sein des établissements d'enseignement en partenariat avec les Conseils généraux et avec l'appui des centres de planification familiale. Ces actions doivent être ciblées sur la levée des tabous concernant la sexualité et des réticences culturelles à l'égard de la contraception.

Il convient de **mettre les jeunes au cœur de ce réseau d'information et de prévention** et de leur faire jouer un rôle actif pour la transmission des bons comportements. Par ailleurs, une attention particulière doit être portée à la conception des différents documents de communication utilisés afin qu'ils soient accessibles et adaptés aux populations auxquelles ils sont destinés.

III - RECONNAÎTRE ET RÉDUIRE LES ATTEINTES À LA SANTÉ AU TRAVAIL

La question de la santé au travail s'est longtemps focalisée sur les secteurs d'activité dits masculins où la pénibilité est forte (industrie, bâtiment, transports...) et où les causes des accidents et maladies sont assez évidentes. Les recherches ne sont quasiment jamais faites dans une perspective de genre et, à l'exception peut-être du secteur hospitalier notamment pour les infirmières, elles concernent encore moins les emplois occupés majoritairement par des femmes.

L'impact des facteurs de risques au travail sur la santé des femmes conserve ainsi à bien des égards un caractère d'invisibilité entraînant méconnaissance ou sous-estimation et donc faible prise en compte.

Seules quelques enquêtes relativement récentes (la plus ancienne date de 2003) ont contribué à lever un peu le voile. L'enquête Sumer 2003 (recensement des contraintes organisationnelles et expositions professionnelles) révèle ainsi que 58 % des troubles musculo-squelettiques (TMS) déclarés concernent des femmes avec un risque d'exposition de 22 % supérieur à celui des hommes, les femmes se déclarant en outre, quelle que soit la catégorie socioprofessionnelle, plus stressées au travail (28 %) que leurs collègues masculins (20 %). L'enquête Samotrace 2009 (étude épidémiologique sur la santé mentale au travail) confirme que 37 % des femmes déclarent vivre un « mal être » au travail contre 24 % des hommes.

A - MIEUX REPÉRER EN PRENANT EN COMPTE LE GENRE...

Sous un même intitulé de catégorie socioprofessionnelle, les tâches à effectuer et l'organisation du travail sont le plus souvent différentes pour les hommes et pour les femmes, ce qui affecte l'appréciation de la pénibilité réelle pour ces dernières.

Il convient donc tout d'abord de **développer les études permettant une analyse différenciée du travail des hommes et des femmes**. Ces études pourraient dans un premier temps cibler les secteurs où elles sont particulièrement représentées : commerce, entretien et nettoyage, services à la personne. La délégation aux droits des Femmes et à l'égalité des chances entre hommes et femmes préconise en particulier que les enquêtes « Conditions de travail » réalisées par la DARES et la Direction générale du travail prennent davantage en compte le genre tant au niveau de l'élaboration des questionnaires afin de mieux apprécier l'environnement et la situation des femmes au travail qu'au niveau de l'exploitation et de la publication des résultats qui devraient être systématiquement sexués.

Il importe en outre d'**évaluer plus précisément les facteurs de risques auxquels sont exposés de nombreuses femmes** : travail de précision très répétitif, nécessitant des efforts de dextérité et de concentration, largement minimisés, postures contraignantes, manque d'autonomie et de latitude décisionnelle, toutes contraintes qui favorisent la survenue de TMS, mais aussi manipulation de produits chimiques nocifs (nettoyage, coiffure, pressing...), certains appartenant à la catégorie des CMR (cancérogènes, mutagènes, reprotoxiques), dont l'impact sur la santé est peu mesuré. Certaines formes d'organisation du travail qui concernent particulièrement les femmes : emplois précaires, horaires atypiques, temps partiel subi, ont également des répercussions sur leur santé physique et psychique.

Les recherches sur les risques induits par le travail de nuit qui a sensiblement augmenté pour les femmes, passant de 5,8 % en 1991 à 8,8 % en 2008 (contre 21,8 % des hommes qui demeurent plus concernés par cette forme de travail), devraient également être approfondies comme le recommande l'avis présenté par François Édouard le 7 juillet 2010 sur *Le travail de nuit : impact sur les conditions de travail et de vie des salariés*. Il importe en particulier d'**étudier plus précisément l'influence du travail de nuit de longue durée sur l'aggravation du risque de survenue d'un certain nombre de pathologies : maladies cardiovasculaires, surpoids, cancer du sein.**

B - ... POUR MIEUX PRÉVENIR

Dans l'attente d'études plus documentées qui devraient permettre de mieux orienter les démarches de prévention, il paraît d'ores et déjà possible d'agir à trois niveaux :

- la forte prévalence des TMS chez les femmes impose **la prise en compte du genre dans la définition des normes ergonomiques**, les outils et modes opératoires pour de nombreuses tâches étant standardisés par référence à « l'homme moyen ». La délégation aux droits des Femmes et à l'égalité des chances entre hommes et femmes recommande de s'appuyer sur les travaux récents de l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT) sur *Genre et conditions de travail* qui comportent des éléments précis sur ce point, pouvant servir de base à l'élaboration d'une méthodologie ;
- les fiches d'exposition aux risques professionnels sont loin d'être à jour dans de nombreux métiers. Il importe de veiller au respect de cette obligation réglementaire. Des outils expérimentaux permettent également aux intéressés eux-mêmes de **répertorier les situations à risques pour la santé tout au long du parcours professionnel**. Ces initiatives notamment mutualistes doivent être soutenues. Elles sont particulièrement pertinentes pour améliorer la prévention, notamment dans certains secteurs où les femmes sont surreprésentées ;
- la délégation aux droits des Femmes et à l'égalité des chances entre hommes et femmes préconise également de veiller à ce que **les indicateurs sur les conditions de travail qui doivent figurer dans le rapport de situation comparée incluent l'exposition aux risques et à la pénibilité et prennent en compte le genre en matière de santé au travail**. Ces indicateurs pourraient être renseignés sur la répartition hommes/femmes concernant les accidents du travail et de trajet, l'absentéisme, les maladies professionnelles déclarées et reconnues. Le document unique d'évaluation des risques devrait également intégrer le genre afin de ne pas sous estimer les risques spécifiques. De tels éléments permettant d'établir des liens entre emplois occupés par les femmes et les hommes et état de santé

devraient en outre **permettre aux Comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) d'inclure cette problématique dans leur mission et apporter des éléments aux services de santé au travail dont le rôle est fondamental dans toute démarche de prévention.**

Les difficultés de conciliation entre vie professionnelle et vie personnelle constituent un facteur de stress au travail pour de nombreuses femmes. Au-delà de l'impact positif sur leur santé, prendre en compte les contraintes spécifiques liées à la conciliation des temps de vie est un enjeu fondamental de la politique d'égalité professionnelle.

Toutes les entreprises doivent donc être encouragées à s'engager pour une meilleure gestion de la parentalité en s'inspirant des actions mises en œuvre par celles qui ont signé la Charte de la parentalité en entreprise afin de mieux répondre aux attentes de leurs salariés parents femmes et hommes. Parmi ces actions figurent notamment le développement de modes d'organisation du travail adaptés, tels l'interdiction de réunions avant 9 heures et après 18 heures, ou la possibilité de moduler sa carrière en fonction des sollicitations familiales, sans conséquence sur le déroulement du parcours professionnel.

Afin d'accélérer cette évolution, la délégation aux droits des Femmes et à l'égalité des chances entre hommes et femmes réitère sa préconisation figurant dans l'avis adopté par le Conseil économique, social et environnemental le 10 février 2010 *Construire l'avenir par une France plus forte et plus solidaire* de **faire de la conciliation entre vie professionnelle et vie familiale une clause obligatoire des négociations de branches.**

C - SENSIBILISER LES ACTEURS DU MONDE DU TRAVAIL À LA PRÉVENTION ET À LA PRISE EN CHARGE DES VIOLENCES

Le monde du travail n'est pas exempt de violences à l'encontre des femmes salariées. La persistance de stéréotypes, de tabous et la non reconnaissance des phénomènes de harcèlement sexuel nécessitent une forte sensibilisation ainsi que la mise en place de politiques de prévention et d'accompagnement dans les entreprises et les fonctions publiques.

Un accord interprofessionnel sur la prévention du harcèlement et des violences faites au travail, destiné à transposer l'accord européen du 15 décembre 2006 a été signé par l'ensemble des partenaires sociaux le 26 mars 2010. Cet accord comprend un chapitre consacré à la prise en charge spécifique des violences faites aux femmes.

Lors de la présentation de cet accord, il a été acté que la prévention de cette catégorie de risques professionnels fera partie des objectifs du prochain Plan de Santé au travail 2010-2014.

Pour la délégation aux droits des Femmes et à l'égalité des chances entre hommes et femmes cet accord doit être valorisé et décliné le plus largement possible dans les entreprises et les fonctions publiques.

IV - RENFORCER L'ACCOMPAGNEMENT ET LA PRISE EN CHARGE MÉDICALE DES FEMMES VICTIMES DE VIOLENCES

Durant les dix dernières années, la prise de conscience et la mesure des violences auxquelles peuvent être confrontées les femmes ont incontestablement progressé. Plusieurs rapports parlementaires et des plans de lutte gouvernementaux ont contribué à améliorer les réponses apportées et à renforcer la coordination des acteurs et des dispositifs dans un contexte de visibilité accrue par la déclaration de « *Grande cause nationale 2010* ».

Pour les femmes victimes de violences, il est essentiel que le premier appel à l'aide soit bien entendu et reçoive la meilleure réponse possible. Différentes actions ont été engagées ces dernières années, notamment pour former les policiers et les gendarmes, mais elles restent insuffisantes. La délégation aux droits des Femmes et à l'égalité des chances entre hommes et femmes reprend à son compte la proposition émise en juillet 2009 par la mission d'information de l'Assemblée nationale sur les violences faites aux femmes de désigner dans chaque commissariat et dans chaque brigade de gendarmerie un référent spécifiquement formé aux violences conjugales ou intra-familiales.

La mobilisation et la formation des professionnels de santé sont également perfectibles. Ils sont de plus les principaux collecteurs de données cliniques et épidémiologiques sur ce phénomène.

Les médecins généralistes, gynécologues ou urgentistes sont en effet le plus souvent les premiers interlocuteurs des femmes victimes de violences, ce qui en fait, aux côtés d'autres professionnels de santé, notamment les sages-femmes et les infirmières, des acteurs privilégiés dans la chaîne de prise en charge.

Le médecin a en particulier un rôle majeur dans le dépistage, le recueil des données, le constat des lésions et la rédaction d'un certificat, pièce essentielle lors d'un dépôt de plainte. Cette mission est inégalement remplie, faute d'une sensibilisation suffisante aux indices de violences ou du fait d'une réserve excessive dans un contexte perçu comme relevant de l'intimité.

A - AMÉLIORER LA SENSIBILISATION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ À LA PROBLÉMATIQUE DES VIOLENCES

Le plan triennal 2008-2010 de lutte contre les violences faites aux femmes évoque la « *recherche de l'intégration de la problématique des violences conjugales dans une partie du programme national des étudiants en médecine* ».

La délégation aux droits des Femmes et à l'égalité des chances entre hommes et femmes estime qu'il convient d'être plus directif et d'**intégrer cette dimension dans certains modules de formation obligatoire** des deux premiers cycles des études, tels la médecine légale et la santé publique.

Cette sensibilisation devrait également s'inscrire dans la formation initiale des sages-femmes dont plusieurs axes s'y prêtent particulièrement, comme le dépistage des situations à risque médical, psychique ou social ou la protection de la sécurité physique et psychologique de la mère et du nouveau-né.

Le rapport d'évaluation du premier plan (2005-2007) de lutte contre les violences établi par les trois inspections générales a par ailleurs constaté que la thématique des violences faites aux femmes a été retirée du programme de formation médicale continue et souligné l'impact négatif de ce choix « *d'autant plus que des séminaires de formation étaient en cours d'élaboration en lien avec les unions régionales des médecins libéraux* ».

La délégation aux droits des Femmes et à l'égalité des chances entre hommes et femmes recommande que ce sujet devienne **un thème prioritaire de santé publique et entre ainsi dans le cadre de la formation continue obligatoire**.

B - GUIDER POUR REPÉRER, ACCUEILLIR ET PRENDRE EN CHARGE

Plusieurs guides ont été élaborés depuis 2005 par les différents ministères mobilisés dans la lutte contre les violences faites aux femmes, sensibilisant les professionnels de santé aux contextes évocateurs, aux signes cliniques et à la manière d'aborder le sujet.

Leur diffusion reste toutefois aléatoire et la plupart des destinataires potentiels ignorent l'existence de ces documents.

La délégation aux droits des Femmes et à l'égalité des chances entre hommes et femmes préconise qu'un **dispositif de communication clairement identifié** soit mis en place, sous la responsabilité du Secrétariat d'État chargé de la famille et de la solidarité, qui devrait veiller à la **diffusion effective de ces guides pratiques aux professionnels de santé concernés**.

Des **moments-clés** de contact des femmes avec le système de santé devraient par ailleurs être mis à profit pour repérer et prendre en charge les femmes victimes de violences.

Le premier concerne le **suivi des grossesses**, et notamment l'entretien médical du quatrième mois. Cet examen systématique doit constituer un moment privilégié de repérage de signaux d'alerte. Il convient toutefois d'élaborer une méthodologie permettant aux médecins et aux sages-femmes d'affiner leur vigilance.

Le second intervient lors du **premier accueil dans un service hospitalier** souvent en urgence.

La délégation aux droits des Femmes et à l'égalité des chances entre hommes et femmes reprend à son compte la proposition faite en 2001, dans le cadre du rapport Henrion sur *Les femmes victimes de violences conjugales - Le rôle des professionnels de santé*, de la mise en place dans chaque établissement hospitalier d'un protocole d'accueil et de prise en charge des victimes de violences. Dans ce cadre général, il conviendrait d'identifier un référent (médecin, infirmière ou assistante sociale) connaissant bien le réseau local et capable de conseiller et d'orienter la victime.

V - FAVORISER UN VIEILLISSEMENT EN BONNE SANTÉ ET RÉPONDRE AUX BESOINS DU GRAND ÂGE

Au 1^{er} janvier 2008, les personnes âgées de 65 ans ou plus représentaient 16,3 % de la population. La part des femmes âgées de 75 ans ou plus est passée de 9 % à 11 % entre 1990 et 2008, celle des hommes de 5 % à 6 %. Selon les projections de l'INSEE, en 2050, 18 % des femmes et 13 % des hommes seraient âgés de 75 ans ou plus.

« *Demain sera donc âgé et féminin* » avec deux caractéristiques supplémentaires qu'il convient de prendre en compte : l'isolement s'aggrave avec le vieillissement et même si l'espérance de vie en bonne santé progresse (en 2007, pour les femmes et les hommes âgés de 65 ans, elle était respectivement de 9,9 et 9,4 années), la dépendance augmente avec l'âge. Contrepartie de leur plus grande longévité, ces deux phénomènes affectent davantage les femmes : au-delà de 80 ans, plus de 60 % des femmes vivent seules et à 90 ans, si la majorité d'entre elles reste autonome, près de 47 % sont dépendantes.

Il est donc essentiel de développer des approches préventives susceptibles d'allonger la période de vieillissement en bonne santé, mais aussi d'envisager des réponses adaptées aux besoins du grand âge.

A - RÉDUIRE LES RISQUES DE DÉPENDANCE

Les recommandations précédemment émises contribuent évidemment toutes à améliorer la qualité de vie des femmes et leur mise en œuvre aura un retentissement sur leur état de santé physique et psychique lors du déroulement du processus de vieillissement.

Par ailleurs, indépendamment d'une prévention plus ciblée des maladies dites liées à l'âge pouvant être causes de dépendance, la sensibilisation à des déterminants essentiels du « *bien vieillir* » devrait être renforcée : **en premier lieu entretien du lien social**, mais aussi nutrition équilibrée, maintien d'une activité intellectuelle et promotion de l'activité physique. À cet égard, le baromètre santé 2008 de l'INPES révèle que, parmi les Français âgés de 15 à 75 ans, les femmes ont une activité physique avec un niveau « *favorable à la santé* » sensiblement moins importante (33,8 %) que les hommes (51,6 %). L'évolution des fédérations sportives vers le concept de « *sport pour tous* » est encore récente, il convient de l'encourager, notamment dans le cadre d'un partenariat avec les collectivités territoriales avec un ciblage en direction des femmes et en proposant des activités adaptées aux différents âges.

Réduire les risques de dépendance implique également d'améliorer la prévention et la prise en charge de pathologies qui concernent particulièrement les femmes.

1. Les maladies cardiovasculaires

Les maladies de l'appareil circulatoire constituent la première cause de mortalité chez les femmes. Les facteurs de risque (hypertension et diabète) ont sensiblement augmenté dans la population féminine en lien avec l'augmentation du tabagisme et des troubles lipidiques. Si l'hypertension est en général dépistée et traitée, tel n'est pas le cas de l'insuffisance cardiaque, plus fréquente chez la femme que chez l'homme après 75 ans et moins bien traitée.

Le retard au diagnostic s'explique par une symptomatologie différente, notamment des pathologies cardiaques, chez les femmes et chez les hommes.

Il importe donc de **mettre en œuvre une surveillance et des traitements plus spécifiques chez les femmes en sensibilisant les médecins à affiner leur diagnostic et la prise en charge correspondante.**

Il convient également de **veiller à une représentation équilibrée des hommes et des femmes dans les protocoles d'essais cliniques et thérapeutiques.**

2. L'ostéoporose

L'ostéoporose, caractérisée par une fragilité excessive du squelette, est fréquente chez les femmes après la ménopause. Maladie d'autant plus pernicieuse qu'elle est asymptomatique, son diagnostic est souvent fait lors de la survenue de fractures, en particulier du col du fémur, conséquence la plus grave et source majeure de handicaps et d'incapacités.

S'il importe de rappeler lors de campagnes d'information que cette pathologie peut être prévenue très en amont grâce à des comportements hygiéno-diététiques, il apparaît nécessaire de **mettre en œuvre une politique plus claire de dépistage au moment de la ménopause.**

À la suite d'un avis émis le 21 juin 2006 par la Haute autorité de santé, l'ostéodensitométrie est désormais remboursée par l'assurance maladie mais seulement s'il existe des facteurs de risques repérés par questionnaire ou interrogatoire et examen clinique préalables. Les médicaments ne sont pour leur part pris en charge qu'en cas d'incidence de signes de fracture « de fragilité ».

La délégation aux droits des Femmes et à l'égalité des chances entre hommes et femmes estime indispensable de **réévaluer les conditions de prise en charge de l'ostéodensitométrie**. Il serait en outre souhaitable que les médicaments reconnus efficaces dans la prévention, avant toute fracture, et bénéficiant d'une AMM en ce sens, soient remboursés par l'assurance maladie.

Les coûts induits par une politique de prévention accrue seraient largement compensés par la prolongation du maintien de l'autonomie des bénéficiaires.

3. La maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées

Plus de 850 000 personnes sont aujourd'hui atteintes de maladie d'Alzheimer ou formes apparentées, majoritairement des femmes. Une moitié des cas n'est pas diagnostiquée et seulement 17 % sont traités.

L'efficacité des traitements symptomatiques est modérée mais néanmoins significative sur les fonctions cognitives et le maintien des activités de la vie quotidienne.

Il convient d'améliorer la formation des médecins généralistes et d'encourager le recours aux « *consultations mémoire* » prévues dans le Plan Alzheimer 2008-2012 afin de prendre en charge précocement les déficits décelés.

4. Le syndrome de fragilité et la dépression

Le syndrome de fragilité est fréquent chez les femmes âgées. Il se caractérise par une faiblesse musculaire, une lenteur des gestes et de la marche, une perte de poids.

Il convient de sensibiliser l'entourage et les médecins traitants au repérage de ces signes évocateurs car faute d'une prise en charge appropriée : kinésithérapie, lutte contre la dénutrition, l'évolution vers la dépendance peut être très rapide.

La dépression de la personne âgée est également sous-estimée, ses symptômes étant interprétés comme des stigmates normaux de l'avancée en âge (fatigue, tristesse, perte de mémoire...). La solitude et la réduction du réseau social y contribuent fortement.

Ces vulnérabilités attirent l'attention sur l'importance du regard porté par l'entourage de proximité, au-delà du cercle familial, sur la personne âgée, sachant que **le maintien d'une bonne intégration sociale reste un élément capital de prévention de la dépendance**.

Afin de dépister les différents facteurs de risque liés au vieillissement et d'informer les intéressés sur les comportements favorables pour rester en bonne santé, le plan national « *Bien vieillir* » 2007-2009 a prévu la **mise en place d'une « consultation médicale de longévité »** qui serait proposée lors du départ en retraite. Un groupe de travail a été chargé d'en élaborer la méthodologie, notamment la transmission d'informations entre le médecin du travail et le médecin traitant qui réaliserait la consultation.

La délégation aux droits des Femmes et à l'égalité des chances entre hommes et femmes souligne **l'intérêt de cette initiative** et souhaite qu'elle soit **rapidement opérationnelle**.

B - RÉPONDRE AUX BESOINS DU GRAND ÂGE

Si la dépendance concerne de nombreuses femmes, elle est aussi essentiellement gérée par des femmes tant en établissements qu'à domicile. Le maintien le plus longtemps possible dans leur cadre de vie habituel répond aux souhaits des intéressé(e)s. D'ores et déjà, plus de 60 % des personnes âgées de plus de 80 ans vivent à domicile. Pour que ce désir de « vieillir chez soi » puisse s'accomplir dans de bonnes conditions, il nécessite toutefois un environnement approprié, notamment en termes d'accès à des services d'aide et de soins à domicile et de professionnalisation des personnels d'intervention. Les contraintes et les besoins des aidants familiaux doivent eux aussi être reconnus et soulagés.

1. Promouvoir un environnement facilitant le maintien à domicile

Anticiper la restriction de mobilité devrait en amont être pris en compte dans le cadre de la politique du logement et de la conception des bâtiments. Certaines municipalités proposent à leurs résidents âgés des expertises à domicile débouchant sur un meilleur aménagement du logement, afin de réduire en particulier les risques de chute.

Mme Muriel Boulmier a remis le 2 juin 2010 au secrétaire d'État chargé du Logement et de l'urbanisme un rapport accompagné de propositions concrètes en vue de l'adaptabilité du logement au vieillissement de la population.

Celles-ci prévoient notamment différents types d'aides au financement des travaux d'adaptation ainsi que l'organisation, avec la profession, de la labellisation de l'intervention professionnelle des artisans pluridisciplinaires. Cette labellisation comporte un engagement sur des prix et des délais maîtrisés.

La délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes estime que la teneur très pragmatique de ces propositions devrait conduire à une mise en œuvre rapidement opérationnelle.

Le développement des gérontechnologies, outils techniques divers améliorant la vie quotidienne des personnes âgées, ouvre également des perspectives intéressantes : visiophonie pour maintenir le contact avec les proches ou l'équipe médicale, détecteurs de chute ou dispositifs de télésurveillance, déambulateurs munis de capteurs pour éviter les obstacles...

Certains de ces équipements font l'objet d'une prise en charge par quelques municipalités ou mutuelles. Dès lors qu'ils sécurisent le maintien à domicile, il convient d'encourager cette prise en charge et de les rendre accessibles au plus grand nombre.

La délégation aux droits des Femmes et à l'égalité des chances entre hommes et femmes recommande par ailleurs le développement de l'expérimentation PRISMA (programme de recherche sur l'intégration des services de maintien de l'autonomie) inspirée d'un modèle québécois organisé autour de la notion de gestion de cas.

L'expérimentation initiée conjointement par la Direction générale de la santé et la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie se déroule actuellement dans trois sites : 20^{ème} arrondissement de Paris, Mulhouse et région d'Étampes dans l'Essonne. Le gestionnaire de cas est un professionnel issu des différentes structures sanitaires et sociales impliquées dans la prise en charge de la dépendance. Il assure le rôle de personne ressource coordinatrice pour la personne en perte d'autonomie et son entourage familial.

Ce modèle a permis au Québec une diminution du nombre de visites aux services d'urgence et une amélioration importante de la satisfaction et de l'autonomisation des personnes.

2. Soutenir les aidants familiaux

Les aidants familiaux constituent une composante essentielle du maintien à domicile des personnes en perte d'autonomie. Cet accompagnement assumé le plus souvent par des femmes expose à des risques d'épuisement physique et de fatigue morale qui peuvent avoir de graves répercussions sur leur propre santé et leur vie quotidienne (isolement social, difficultés dans l'activité professionnelle...).

Le plan Solidarité grand âge a notamment promu le développement de services d'aide et de soins à domicile pour alléger leur tâche, mais les infrastructures d'accueil de courte durée offrant un véritable répit aux aidants restent trop peu nombreuses.

La délégation aux droits des Femmes et à l'égalité des chances entre hommes et femmes préconise le développement de telles **structures de prise en charge temporaire** ainsi que de **groupes de soutien** où les aidants familiaux peuvent se ressourcer hors du domicile et bénéficier des conseils de professionnels spécialistes de la dépendance.

Elle appuie par ailleurs la proposition de la Haute autorité de santé d'un **suivi personnalisé des aidants familiaux, sous forme d'une consultation annuelle avec leur médecin traitant** visant à prévenir, repérer et prendre en charge des effets délétères sur leur propre santé que l'accompagnement du proche peut induire.

3. Permettre l'accès à des maisons de retraite médicalisées multiformes

La délégation aux droits des Femmes et à l'égalité des chances entre hommes et femmes souligne l'intérêt du développement de petites unités bien intégrées dans les quartiers. Elle souhaite que les expériences innovantes, telles que la construction de quartiers intergénérationnels⁵⁴ comme Saint Apollinaire près de Dijon, soient encouragées.

VI - AGIR SUR LES INÉGALITÉS QUI ONT UN IMPACT SUR LA SANTÉ DES FEMMES

Les femmes bénéficient d'une espérance de vie supérieure à celle des hommes et pourtant, globalement, quelle que soit leur tranche d'âge, elles se perçoivent toujours en moins bon état de santé qu'eux.

Le pourcentage de personnes déclarant un état de santé moyen, mauvais ou très mauvais croît avec l'âge, passant pour les femmes de 7,7 % (entre 16 et 19 ans) à 69,5 % (à 80 ans ou plus) contre 2,3 % à 66,4 % pour les hommes aux mêmes âges.

Cette perception négative systématiquement plus élevée chez les femmes est aggravée pour les moins socialement favorisées et se cumule alors avec un taux également plus important de renoncement à des soins, notamment pour raisons financières. Celui-ci atteint 16,5 % pour les femmes contre 11,7 % pour les hommes, malgré la mise en place de la couverture maladie universelle.

La différence de perception de leur état de santé par les hommes et les femmes s'inscrit dans le thème plus général des disparités liées au genre en matière de recherche en santé publique. On constate un déficit d'études sur ce point.

Les facteurs qui pénalisent la santé des populations moins favorisées sont pour leur part mieux repérés et appellent à une prise en charge particulière.

⁵⁴ Un quartier intergénérationnel intègre du logement social en direction de familles avec jeunes enfants, des logements pour retraités autonomes, l'hébergement et les soins pour les personnes dépendantes, tous les résidents signant une charte d'entraide.

A - PRENDRE EN COMPTE LES SPÉCIFICITÉS DES FEMMES DANS LA RECHERCHE MÉDICALE ET LES ESSAIS CLINIQUES

Pour la délégation aux droits des Femmes et à l'égalité des chances entre hommes et femmes, **c'est dès la recherche fondamentale que les différences physiologiques et biologiques entre les hommes et les femmes doivent être prises en compte, autant pour affiner les outils de prévention que pour mettre au point des prises en charge et des traitements différenciés.**

Aux États-Unis, depuis plus de quinze ans, les responsables des projets de recherche financés sur fonds publics sont tenus de recruter des femmes pour tous les essais cliniques, toutes pathologies confondues. Aucune obligation de ce type n'existe en France mais plusieurs études récentes en matière de pathologies cardiovasculaires, notamment lors de la survenue d'un infarctus (Docteur François Schiele, CHU de Besançon - Docteur Christian Spaulding, Hôpital Cochin - Professeur Gabriel Steg, Hôpital Bichat), démontrent que l'attaque cardiaque est moins bien diagnostiquée et traitée chez la femme. La symptomatologie différente entraîne de surcroît une prise en charge inadaptée en termes d'examens exploratoires et de prescription de médicaments. Dès lors le taux de décès, de récurrence ou d'accident cérébral est fortement augmenté chez les femmes.

Cet exemple précis relatif aux pathologies cardiovasculaires auxquelles les femmes sont particulièrement vulnérables, comme on l'a vu dans le V ci-dessus, est certainement transposable à d'autres affections.

Remédier à la sous-représentation des femmes dans la recherche médicale est donc un vecteur essentiel de promotion de leur santé.

La délégation aux droits des Femmes et à l'égalité des chances entre hommes et femmes préconise que l'Agence nationale de la recherche finance des projets spécifiques portant sur les différences biologiques entre hommes et femmes. Il importe également que **toutes les études et toutes les phases de la recherche médicale prévoient une approche sexuée et que la représentation des hommes et des femmes soit équilibrée dans les essais cliniques.** Il convient en outre d'étudier les freins éventuels à la participation des femmes à ces protocoles (pertinence des critères d'exclusion, moindre sollicitation, refus de participation et causes de ces refus...).

B - AMÉLIORER LA PRISE EN CHARGE DES PLUS VULNÉRABLES

Les conditions de vie précaires que connaissent de nombreuses femmes se reflètent dans l'augmentation de certaines pathologies et expliquent également les inégalités constatées dans le recours aux actions de dépistage.

La prévalence du diabète fortement associée à celle de l'obésité est en augmentation chez les femmes et ces deux pathologies apparaissent davantage liées que chez les hommes à des caractéristiques socio-économiques défavorables.

La surcharge pondérale constitue également un facteur d'aggravation du risque de survenue d'un grand nombre de cancers dont celui du sein chez les femmes.

Pour la délégation aux droits des Femmes et à l'égalité des chances entre hommes et femmes diverses mesures doivent être associées pour lutter contre les inégalités sociales qui compromettent la santé des femmes les plus fragiles.

1. Prévenir le surpoids et favoriser l'adoption de comportements nutritionnels favorables à la santé

Il convient de développer des actions ciblées favorisant l'accès des personnes défavorisées à des produits alimentaires diversifiés. La délégation aux droits des Femmes et à l'égalité des chances entre hommes et femmes recommande en particulier le développement des formules de bons d'achat de fruits et légumes.

Comme le recommandait le programme national nutrition santé 2006-2010, les Caisses d'allocations familiales (CAF) qui connaissent bien les difficultés de vie de ces familles et sont en première ligne pour leur suivi, devraient être étroitement associées à cette démarche. Le soutien actif des CAF devrait en particulier permettre de mieux sensibiliser les mères, dont le rôle de transmission des savoirs et des comportements en matière de santé est fondamental.

2. Faciliter et accompagner le recours aux examens de dépistage

Le programme national de dépistage organisé du cancer du sein généralisé à l'ensemble du territoire depuis mars 2004 pour les femmes de 50 à 74 ans a permis de réduire sensiblement les disparités socio-économiques constatées pour le recours à cet examen, même si le taux de couverture des femmes les moins favorisées reste faible. Ainsi, les femmes âgées de plus de 40 ans, disposant de revenus modestes, réalisent deux fois moins de contrôles par mammographie que les autres femmes du même âge. La gratuité de l'examen ne parvient pas à lever tous les obstacles.

Le dépistage du cancer du col de l'utérus relève en revanche d'une démarche individuelle, à la seule initiative du médecin et de l'intéressée. On constate des écarts importants selon la catégorie socio-professionnelle des femmes et on estime que 40 % ne sont pas convenablement dépistées.

La délégation aux droits des Femmes et à l'égalité des chances entre hommes et femmes recommande de **mettre à profit le suivi des grossesses, contact obligé avec le système de soins**, pour effectuer un bilan de santé, repérer d'éventuels facteurs de risques et organiser un certain nombre de dépistages, en particulier celui du cancer du col de l'utérus et du diabète. La détection de cette dernière pathologie devrait faire l'objet d'une vigilance renforcée dans les collectivités territoriales d'Outre-mer où son incidence est particulièrement élevée chez les femmes.

Il apparaît aussi que les femmes pour lesquelles la santé n'est pas une préoccupation prioritaire ont besoin d'être accompagnées : des actions d'information spécifiques, relayées par les services sociaux et les associations de quartier qui constituent les meilleurs intercesseurs pour venir à bout des réticences culturelles, sont indispensables pour les sensibiliser à la prévention et leur permettre d'accéder aux droits qui leur sont ouverts.

C'est en soutenant et favorisant les structures qui créent du lien social de proximité que les temps de dépistage s'inscriront naturellement sans crainte ni tabou dans les différents moments de la vie des femmes.

CONCLUSION

Le regard porté sur les étapes-clés de la vie des femmes, l'accent mis à chacune d'entre elles sur l'information et la prévention, visent à renforcer la prise de conscience de l'impact positif sur leur santé d'une lutte précoce contre les facteurs de risque, afin de réduire la survenue des pathologies chroniques de demain.

L'analyse effectuée met aussi en évidence que les déterminants sociaux pèsent lourdement sur la santé des femmes. Non seulement les plus démunies ont des conditions d'existence qui les exposent davantage aux pathologies et à une mortalité précoce, mais elles rencontrent également de nombreux obstacles, notamment financiers, administratifs voire culturels dans l'accès aux soins. Les conditions de travail peuvent aussi se révéler pathogènes : emplois peu qualifiés, faiblement valorisés, mais aussi certains postes d'encadrement exposant à un stress permanent.

Ainsi, la promotion de la santé des femmes se situe au carrefour des champs sanitaire et social. Pour agir simultanément sur ces deux fronts, le levier le plus important est assurément la recherche du meilleur niveau de formation et son entretien tout au long de la vie. Il y a dix ans déjà, une étude de la Banque mondiale portant sur une centaine de pays européens ou non, montrait que les gains d'espérance de vie observés étaient liés pour 50 % aux progrès scientifiques et thérapeutiques, pour 20 % au niveau socio-économique et pour 30 % au niveau d'éducation des mères. Plus encore dans les pays émergents, accès à la formation et santé des femmes vont de pair et constituent un enjeu majeur de leur émancipation.

Ainsi que le concluait un rapport de l'OMS, publié en novembre 2009 (*Les femmes et la santé - La réalité d'aujourd'hui - Le programme de demain*) :

« S'occuper de la santé des femmes est une approche nécessaire et utile pour renforcer les systèmes de santé d'une façon générale dans l'intérêt de tous. L'amélioration de la santé des femmes est importante pour les femmes, pour leur famille, pour leur communauté et pour l'ensemble de la société. Améliorer la santé des femmes, c'est rendre le monde meilleur ».

ANNEXE

Résultat du vote de la délégation le 30 juin 2010

Ont voté pour : 9

Groupe de l'Agriculture	Mme Gisèle Cornier
Groupe de la CFDT	Mme Michèle Nathan
Groupe de la CGT	Mme Pierrette Crosemarie
Groupe des Entreprises privées	Mme Françoise Vilain
Groupe des Français établis hors de France, de l'épargne et du logement	Mme Monique Bourven
Groupe de la Mutualité	Mme Nora Tréhel
Groupe des Personnalités qualifiées	Mme Marie-Madeleine Dieulangard
Groupe des Professions libérales	Mme Jacqueline Socquet-Clerc Lafont
Groupe de l'UNAF	M. François Édouard

LISTE DES RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- *L'état de la santé de la population en France en 2008 - Suivi des objectifs de la loi de santé publique*. DREES. Études et résultats n° 711, décembre 2009.
- *La santé des femmes en France*. Ouvrage publié sous la direction de Sandrine Danet et Lucile Olier. La Documentation Française, avril 2009.
- *Les femmes et les hommes dans l'UE27 : une perspective statistique*. Eurostat. Stat/10/35, 5 mars 2010.
- *Vie de femmes - 50 ans d'avancées médicales*. Catherine Weil-Olivier avec la collaboration de Laurence Delchiazio. Éditions John Libbey Eurotext, avril 2008.
- *Comblent le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*. OMS, août 2008.
- *Facteurs de risque des épisodes dépressifs en population générale*. DREES Études et résultats, n° 545, décembre 2006.
- *Femmes et hommes dans le champ de la santé*. Pierre Aïach. Éditions de l'ENSP, 2001.
- *Sécurité et santé au travail : hommes et femmes ne sont pas égaux*. Travail et Sécurité, 11-04.
- *Les absentes de l'Histoire - Ouvriers, ouvrières - Un continent morcelé et silencieux*. Danièle Kergoat. Autrement, série « Mutation », n° 126, 1992.
- *La place des femmes dans les priorités de recherche en santé au travail au Québec*. Karen Messing. Relations industrielles, volume 57, n° 4, 2002.
- *Genre et conditions de travail*. ANACT, Études et documents, octobre 2009.
- *Les violences faites aux femmes*. Lorraine Tournyol du Clos et Thomas Le Jeannic. INSEE Première n° 1180, février 2008.
- *Santé dégradée, surexposition aux violences et parcours biographiques difficiles pour un tiers de la population*. Catherine Cavalin. Résultats de l'enquête *Événements de vie et santé*, DREES, Études et résultats n° 705, octobre 2009.
- *La santé des plus pauvres*. Thibaut de Saint Pol. INSEE Première n° 1161, octobre 2007.
- *Suivi de la loi du 4 juillet 2001 relative à l'IVG et à la contraception*. Bérengère Poletti, députée. Rapport d'information n° 1206 au nom de la délégation aux droits des Femmes et à l'égalité des chances entre hommes et femmes de l'Assemblée nationale, octobre 2008.
- *Les Français et la contraception*. Étude de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), février 2007.

- *La prévention des grossesses non désirées : contraception et contraception d'urgence*. Rapport établi par Claire Aubin et Danièle Jourdain Menninger, avec la participation du docteur Laurent Chambaud. IGAS, octobre 2009.
- *Conférence biennale sur la santé des jeunes*. INPES-DREES, 29 octobre 2009.
- *La prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse*. Claire Aubin et Danièle Jourdain Menninger. IGAS, octobre 2009.
- *Évaluation de la mise en œuvre de la loi du 4 juillet 2001 relative à l'éducation à la sexualité, à la contraception et à l'interruption volontaire de grossesse en Outre-mer*. Claire Aubin et Danièle Jourdain Menninger. IGAS, octobre 2009.
- *La santé mentale, l'affaire de tous - Pour une approche cohérente de la qualité de la vie*. Centre d'analyse stratégique, novembre 2009.
- *Prendre soin de ses parents âgés : un faux travail parental*. Isabelle Mallon. CNAF, 2009/4, n° 154.
- *Vieillesse, longévité et assurance maladie*. Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie. Avis du 22 avril 2010.
- *Inégaux face à la santé*. Annette Leclerc, Monique Kaminski, Thierry Lang. INSERM, La Découverte, novembre 2008.
- *Estimation de l'incidence et de la mortalité par cancer en France de 1980 à 2005*. Francim, HCL, INSERM, InVS Saint-Maurice.
- *Horloge biologique, sommeil et conséquences médicales du travail posté*. D. Léger, V. Bayon, A. Metlaine, E. Prevot, C. Didier-Marsac, D. Choudat. Archives des maladies professionnelles et de l'environnement, 2009.
- *Médecine du travail : le travail de nuit, encore un facteur de risque du cancer du sein*. Brigitte Herz. Forum Med Suisse, 2009.
- *Panorama de la santé*. OCDE, 2009.
- *Nouvelles approches de la prévention en santé publique, troisième partie Contre l'obésité, prévenir précocement et différemment*. Travaux coordonnés par Olivier Oullier et Sarah Sauveron. Centre d'analyse stratégique, mars 2010.
- *Rapport de la Commission pour la prévention et la prise en charge de l'obésité*. Décembre 2009.
- *Étude nationale nutrition santé 2006-2007*. Institut de veille sanitaire.
- *Évaluation du programme national nutrition santé PNNS 2 (2006-2010)*. IGAS/Conseil général de l'alimentation, de l'agriculture et des espaces ruraux, avril 2010.
- *Feuille de route pour l'égalité entre les femmes et les hommes (2006-2010) et stratégie de suivi*. Avis du Comité économique et social européen, 17 mars 2010.

- *La santé des femmes*. Marie-Josèphe Saurel-Cubizolles et Béatrice Blondel. Médecine-Sciences Flammarion, 1996.
- *La lutte contre la pauvreté et l'exclusion : une responsabilité à partager*. Christian Demuynck, Bernard Seillier. Rapport d'information n° 445, Sénat, 2007.
- *Première journée humanitaire sur la santé des femmes dans le monde*. Hors-série, mars 2006.
- *Les femmes victimes de violences conjugales - Le rôle des professionnels de santé*. Professeur Roger Henrion. La documentation française, février 2001.
- *Violences et santé*. Haut comité de la santé publique, mai 2004.
- *Travaux préparatoires à l'élaboration du Plan violences et santé en application de la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004*. Anne Tursz. Mai 2005.
- *Violences faites aux femmes : mettre enfin un terme à l'inacceptable*. Danielle Bousquet, Guy Geoffroy. Rapport d'information n° 1799, Assemblée nationale, juillet 2009.
- Rapport de Mme Muriel Boulmier au Secrétaire d'État chargé du Logement et de l'urbanisme en vue de l'*adaptabilité du logement au vieillissement de la population*. 2 juin 2010.
- *Les femmes et la santé - la réalité d'aujourd'hui - le programme de demain*. Sde l'OMS, novembre 2009.

Rapports, avis et communications du Conseil économique, social et environnemental :

- *Le travail de nuit : impact sur les conditions de travail et de vie des salariés*. M. François Édouard. Avis de la section du travail, 7 juillet 2010.
- *Construire l'avenir par une France plus forte et plus solidaire*. Avis adopté par le Conseil économique, social et environnemental, 10 février 2010.
- *L'offre de santé dans les collectivités ultramarines*. Mme Jacqueline André-Cormier. Avis de la section des affaires sociales, 24 juin 2009.
- *1968-2008 : évolution et prospective de la situation des femmes dans la société française*. Mme Pierrette Crosemarie. Communication de la délégation aux droits des Femmes et à l'égalité des chances entre hommes et femmes, 27 janvier 2009.
- *L'esclavage contemporain et ses réseaux*. Mme Michèle Monrique. Avis de la section des relations extérieures, 26 février 2003.

TABLE DES SIGLES

AMM	Autorisation de mise sur le marché
ANACT	Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail
APA	Allocation personnalisée d'autonomie
BTS	Bureau technique syndical européen pour la santé et la sécurité
CAF	Caisse d'allocations familiales
CECSC	Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté
CHSCT	Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail
CIRC	Centre international de recherche sur le cancer
CMR	Cancérogène, mutagène, reprotoxique
CMUC	Couverture médicale universelle complémentaire
DGS	Direction générale de la santé
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
ENVEFF	Enquête nationale sur les violences envers les femmes en France
FIV	Fécondation in vitro
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
IMC	Indice de masse corporelle
INED	Institut national d'études démographiques
INPES	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
IRDES	Institut de recherche et de documentation en économie de la santé
IST	Infection sexuellement transmissible
IVG	Interruption volontaire de grossesse
JAMA	Journal of the american medical association
MST	Maladie sexuellement transmissible
OMS	Organisation mondiale de la santé
PMA	Procréation médicale assistée
PRISMA	Programme de recherche sur l'intégration des services de maintien de l'autonomie
SUMER	Surveillance médicale des expositions aux risques professionnels
TMS	Troubles musculo-squelettiques
UMJ	Unité médico-judiciaire
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

LISTE DES ILLUSTRATIONS

Tableau 1 :	Renoncer à voir un médecin pour des examens dont on a besoin : principales raisons évoquées (en %).....	18
Tableau 2 :	L'espérance de vie en France continue à croître, mais les inégalités par région augmentent surtout pour les hommes ! ..	33
Tableau 3 :	Prévalence d'obésité dans la population d'adultes vivant en France en 2006 (%) (Indice de masse corporelle supérieur au seuil 30 kg/m ²).....	46
Tableau 4 :	Prévalence de surpoids dans la population d'adultes vivant en France en 2006 (%) (Indice de masse corporelle compris entre les seuils 25 et 30 kg/m ²).....	46
Tableau 5 :	Prévalence de surpoids et obésité dans la population d'adultes vivant en France en 2006 (%) (Indice de masse corporelle supérieur au seuil 25 kg/ m ²).....	47
Tableau 6 :	Prévalence d'obésité dans la population d'enfants vivant en France en 2006 (en %) (Indice de masse corporelle supérieur au seuil de l' <i>International Obesity Task Force</i> 30) ..	50
Tableau 7 :	Prévalence de surpoids dans la population d'enfants vivant en France en 2006 (en %) (Indice de masse corporelle compris entre les seuils 25 et 30 de l' <i>International Obesity Task Force</i>)	50
Tableau 8 :	Prévalence de surpoids et d'obésité dans la population d'enfants vivant en France en 2006 (en %) (Indice de masse corporelle supérieur au seuil 25 de l' <i>International Obesity Task Force</i> 30)	50
Graphique 1 :	Mortalité prématurée dans l'Union européenne en 2005 (taux standardisés pour 100 000 habitants)	5
Graphique 2 :	État de santé perçu comme moyen, mauvais ou très mauvais selon l'âge et le sexe en 2006.....	22
Graphique 3 :	Incidence et mortalité par localisations de cancer chez les femmes en 2005*	38
Graphique 4 :	Incidence et mortalité pour le cancer du sein par âge en 2005.....	39
Graphique 5 :	Prévalence du diabète et de l'obésité chez les femmes de 45 ans et plus, selon la catégorie socioprofessionnelle en 2003.....	48
Graphique 6 :	Prévalence du surpoids et de l'obésité selon le niveau d'étude chez les femmes	49
Schéma 1 :	Phénotype de fragilité	44

La plus grande longévité des femmes est tempérée par des vulnérabilités spécifiques, le développement de comportements à risques et des inégalités d'accès aux soins. L'intégration professionnelle des femmes produit des effets positifs sur leur santé mais les expositions et nuisances liées à de nombreux emplois féminins demeurent largement invisibles car peu étudiées.

Sur chacun de ces thèmes, le Conseil cible les efforts à faire pour améliorer la santé des femmes en mettant l'accent sur la prévention et la lutte contre les inégalités sociales pathogènes, toutes actions qui nécessitent une meilleure prise en compte du genre dans la recherche médicale et les politiques de santé publique.