

la *santé* des
femmes

en France

La santé des femmes en France



«En application de la loi du 11 mars 1957 (art. 4), et du code de la propriété intellectuelle du 1^{er} juillet 1992, toute reproduction totale ou partielle à usage collectif de la présente publication est strictement interdite sans autorisation expresse de l'éditeur. Il est rappelé à cet égard que l'usage abusif et collectif de la photocopie met en danger l'équilibre économique des circuits du livre. »

© La Documentation française - Paris 2009

ISBN : 978-2-11-007680-9

DF : 5 HC 16 970

N° de DICOM : 09 023

La santé des femmes en France

LA SANTÉ DES FEMMES EN FRANCE

Ouvrage sous la direction de Sandrine Danet et Lucile Olier
Coordonné par Sandrine Danet et Muriel Moisy

Direction de la publication : Anne-Marie Brocas
Rédactrices en chef : Carine Cordier et Élisabeth Hini

Ont participé à la rédaction de ce rapport :

CNAMTS (Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés): Alain Weill; **DARES** (Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques) Élisabeth Algava, Jennifer Bué, Damien Euzenat, Nicole Guignon; **DGS** (Direction générale de la santé): Béatrice Boisseau-Mériaux, Jacqueline Patureau; **DHOS** (Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins): Bénédicte Isabey; **INED** (Institut national d'études démographiques): Emmanuelle Cambois, France Meslé, Ariane Pailhé, Anne Solaz; **INPES** (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé): François Beck; **INSEE** (Institut national de la statistique et des études économiques) Marie Anguis; **INSERM-CépiDc** (Institut national de la santé et de la recherche médicale - Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès): Martine Bove, Éric Jouglu; **INSERM unité 687**: Annette Leclerc; **INSERM unité 822-INED**: Nathalie Bajos, Élise de La Rochebrochard; **INSERM unité 953**: Béatrice Blondel, Mercedes Bonet, Marie-Hélène Bouvier-Colle; **InVS** (Institut de veille sanitaire): Denise Antona, Aurélien Belot (détaché aux HCL), Alice Bouyssou, Cécile Brouard, Julien Brière, Katia Castetbon, Christine Chan-Chee, Didier Che, Laurence Chérié-Challine, Anne Chevalier, Francis Chin, Christine Cohidon, Marie Dalichampt, Marie-Christine Delmas, Valérie Deschamps, Nicolas Duport (coordonnateur des fiches InVS), Anne Fagot-Campagna, Sandrine Fosse, Claire Fuhrman, Anne Gallay, Béatrice Geoffroy-Perez, Maud Gorza, Héléne Goulard, Véronique Goulet, Catherine Ha, Marie Jauffret-Roustide, Christine Larsen, Daniel Lévy-Bruhl, Florence Lot, Christine de Peretti, Isabelle Romon, Benoît Salanave, Emmanuelle Salines, Bertrand Thélot, Madeleine Valenty, Michel Vernay; **IRDES** (Institut de recherche et documentation en économie de la santé): Caroline Allonier, Paul Dourgnon, Philippe Le Fur, Thierry Rochereau, Catherine Sermet; **OFDT** (Observatoire français des drogues et des toxicomanies): Tiphaine Canarelli, Stéphane Legleye, Christophe Palle; **Université de Paris 7**: Sylvie Azogui; **IMM** (Institut mutualiste Montsouris): Nathalie Godart; **Nancy Université EA 4003**: Francis Guillemin.

Pour la **DREES** (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques): Denise Bauer, Marilyne Beque, Nathalie Blanpain, Bénédicte Boisguérin, Catherine Cavalin, Marie-Émilie Clerc, Marc Collet, Sandrine Danet, Albane Exertier, Isabelle Leroux, Yara Makdessi, Catherine Mermilliod, Muriel Moisy, Thomas Morin, Marie-Claude Mouquet, Philippe Oberlin, Audrey Sieurin, Annick Vilain.

<http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr>
Rubrique « Études, recherches et statistiques »

Visuel et maquette : www.lasouris.org

sommaire



Sommaire

PRÉFACE DE ROSELYNE BACHELOT-NARQUIN	9
PRÉSENTATION	11
SYNTHÈSE	13
DOSSIERS	25
« Périnatalité et santé des femmes »	27
« Sexualité, contraception, prévention et rapports de genre »	43
« Violences, santé et événements difficiles : situation comparée des femmes et des hommes »	55
DONNÉES DE CADRAGE	71
1-Cadrage sociodémographique	72
2-Espérance de vie	76
3-Mortalité et principales causes de décès	78
4-Mortalité prématurée	80
5-Mortalité selon le secteur d'activité économique	82
6-Morbidité déclarée	84
7-Principales causes d'admission en ALD	88
8-Principaux motifs de recours en médecine de ville	90
9-Principaux motifs de recours à l'hospitalisation en court séjour	92
10-Accueil dans les structures médico-sociales	94
11-Dépenses médicales	98
12-Recours aux médicaments	100
13-Santé perçue	102
SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE	105
14-Fécondité	106
15-Contraception et IVG	108
16-Anémie et carence en fer	110
17-Risques de déficit en folates	112
18-Infections sexuellement transmissibles	114
19-Grossesses extra-utérines	118
20-Infertilité	120
PÉRINATALITÉ	123
21-Mortalité maternelle	124
22-Mortalité infantile et périnatale	126
23-Infections transmises de la mère à l'enfant	128
24-Prévention et prise en charge de la douleur au cours de l'accouchement	132
25-Mode d'accouchement	134
26-Suivi de grossesse	136
27-Pratiques de l'allaitement maternel	138
28-Retour à l'emploi après une naissance	140
MALADIES INFECTIEUSES	143
29-Infection VIH – Sida	144
30-Infections par les virus des hépatites B et C	146
31-Tuberculose	150
32-Couverture vaccinale	152
MALADIES CHRONIQUES ET VIEILLISSEMENT	155
33-Diabète	156
34-Surpoids et obésité	158
35-Sédentarité – Activité physique	162
36-Hypertension artérielle	164
37-Cardiopathies ischémiques	166
38-Insuffisance cardiaque	168

39-Accidents vasculaires cérébraux	170
40-Asthme	174
41-Broncho-pneumopathie chronique obstructive	176
42-Incontinence urinaire	178
43-Lombalgies	180
44-Ostéoporose	182
45-Polyarthrite rhumatoïde	184
46-Santé fonctionnelle	186
47-Maladie d'Alzheimer	190
CANCERS	195
48-Tous cancers	196
49-Cancer du col de l'utérus	200
50-Cancer du sein	204
51-Mélanome de la peau	208
52-Cancer colorectal	210
53-Conditions de vie deux ans après le diagnostic de cancer	212
ADDICTIONS ET TOXICOMANIE	219
54-Consommation d'alcool	220
55-Consommation de tabac	224
56-Consommation de cannabis	228
57-Usages « problématiques » de drogues	232
SANTÉ MENTALE	237
58-Troubles des conduites alimentaires	238
59-Troubles dépressifs	242
60-Recours aux soins	246
ACCIDENTS ET TRAUMATISMES	249
61-Suicide et tentatives de suicide	250
62-Accidents de la vie courante, chutes	252
63-Violences sexuelles	256
SANTÉ ET TRAVAIL	261
64-Risques psychosociaux	262
65-Troubles musculo-squelettiques	264
66-Accidents du travail et de trajet	266
67-Conciliation vie familiale et professionnelle	270
SANTÉ ET PRÉCARITÉ	273
68-Renoncement aux soins	274
69-Bénéficiaires de la CMU complémentaire	276
70-Bénéficiaires de l'AME	278
71-Santé des femmes à leur entrée en prison	280
72-Santé des nouvelles migrantes	284



LA condition des femmes, qui représentent plus de la moitié de la population française, a connu d'immenses progrès au cours du ^{XX}e siècle. Cette émancipation s'est traduite notamment par de remarquables conquêtes en matière de santé. L'aspiration légitime des femmes à améliorer leur qualité de vie et à disposer de leur corps a ainsi pu être prise en compte.

Pour autant, aucune étude exhaustive ne leur avait été consacrée dans ce domaine depuis fort longtemps, alors même qu'elles restent encore, hélas, victimes d'inégalités choquantes.

Inégalités par rapport aux hommes : si l'espérance de vie des femmes est supérieure à celle des hommes en France, elles se retrouvent plus isolées aux âges élevés, lorsque surviennent les incapacités et que les besoins d'aide s'accroissent.

Inégalités sociales, notamment dans les pratiques de dépistage et le suivi des grossesses, mais aussi dans la prévalence de certaines pathologies ou à travers certains comportements à risque associés à la survenue des maladies chroniques, des maladies cardiovasculaires, du diabète ou du cancer.

Devant de tels constats, nous ne pouvons rester inactifs. Il faut agir avec force, pour élaborer de nouveaux objectifs de santé publique, mettre en place des programmes pertinents et garantir à toutes les femmes une qualité de vie au long cours.

C'est pourquoi, j'ai voulu cet ouvrage, qui dresse un état des lieux complet de la santé des femmes en France. Je remercie à cette occasion la DREES et l'ensemble des professionnels qui ont participé à l'élaboration de cet ouvrage, qui, j'en suis sûre, constituera une référence précieuse.

Nous disposerons d'un outil efficace d'aide à la prise de décision, mis à jour tous les cinq ans, d'un outil qui permettra d'anticiper les changements à prévoir dans l'organisation des soins en cours, dans les secteurs sanitaire et social.

Nous connaissons aussi les nouveaux axes de recherche à explorer. Je pense par exemple au devenir des mères et des enfants issus de techniques d'aide à la procréation, aux troubles du comportement alimentaire, ou encore à la prise en charge du handicap chez les femmes en fonction de ses spécificités et de l'environnement social.

Autant de défis majeurs que devra relever la modernisation de notre système de santé actuellement engagée.

Dans le nouvel édifice de santé durable et solidaire que nous allons bâtir, je veux que les femmes aient toute leur part. Je m'y engage.

Roselyne BACHELOT-NARQUIN
Ministre de la Santé et des Sports

***L**e présent ouvrage propose un panorama de l'état de santé des femmes en France en 2008. Il s'appuie sur de nombreuses contributions de l'ensemble des producteurs de données dans le champ sanitaire et social : Agence de la biomédecine, Assurance maladie, DARES, DGS, DHOS, DREES, HAS, InCa, INED, INPES, INSEE, INSERM (CépiDc, U687, U953, U822), InVS, IRDES, OFDT, INHES-OND, USEN (InVS/CNAM/Paris 13). Ce travail partenarial de grande ampleur, coordonné par la DREES, a été réalisé au cours de l'année 2008 à la demande de Madame la ministre de la Santé afin de disposer d'un état des lieux de la santé des femmes en France. L'accent est également mis sur les différences entre hommes et femmes, les disparités territoriales ainsi que les inégalités sociales en matière de santé. Cet ouvrage collectif a associé de nombreux professionnels d'horizons variés : épidémiologistes, démographes, sociologues, statisticiens, médecins, psychiatres...*

Le sommaire proposé est le fruit d'une large concertation avec l'ensemble des partenaires et des directions du ministère concernées (DHOS, DGS, DREES). L'ouvrage est constitué de 72 fiches thématiques complétées de trois dossiers sur des problématiques spécifiques, assorti d'une synthèse. On retrouvera ici l'approche des problèmes de santé retenue par la loi de santé publique du 9 août 2004, détaillés sous forme de fiches et regroupés par grands thèmes : données de cadrage, santé sexuelle et reproductive, périnatalité, maladies infectieuses, maladies chroniques et vieillissement, cancers, addictions, santé mentale, accidents et traumatismes, travail et santé, précarité et santé. Les fiches sont pour la plupart présentées sur deux pages : une page de tableau, courbes ou graphiques et une page de texte comportant des éléments de contexte, un commentaire rédigé des résultats présentés et une synthèse. Pour chaque fiche, un encadré méthodologique précise les modalités de construction, la source, le champ et les limites d'interprétation des données recueillies et présentées. Les références bibliographiques les plus pertinentes dans les domaines abordés sont également rapportées pour que le lecteur cherchant à en savoir plus puisse s'y référer. Les producteurs de données et les organismes rédacteurs des synthèses sont clairement identifiés.

Trois dossiers thématiques viennent compléter ce panorama. Les thèmes retenus pour cette édition sont : « Périnatalité et santé des femmes », « Sexualité, contraception, prévention et rapports de genre » et « Violences, santé et événement difficiles : situation comparée des femmes et des hommes ».

La santé maternelle et périnatale est un enjeu de santé publique important et quatre objectifs de la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004 y font référence. Le plan Périnatalité 2005-2007 « Humanité, proximité, sécurité, qualité » vise à améliorer la sécurité et la qualité des soins, tout en développant une offre plus humaine et plus proche, et à améliorer les conditions d'exercice des professionnels de la naissance. Le dossier « Périnatalité et santé des femmes » rédigé par Marie-Hélène Bouvier-Colle

(INSERM U953 « Santé périnatale et santé des femmes ») et Marc Collet (DREES) présente les mesures prises en application du plan. Les résultats de l'enquête réalisée en 2006 auprès des usagères des maternités, sur leur satisfaction à l'égard du suivi de leur grossesse et du déroulement de l'accouchement sont également détaillés. Avec d'une part les évolutions récentes et les progrès de l'assistance médicale à la procréation et d'autre part l'augmentation de l'âge à la maternité, sont abordés de façon plus spécifique les problèmes de la santé maternelle durant la période périnatale dans un contexte d'exigence accrue de sécurité. Enfin, le dossier analyse les disparités sociales de la surveillance des grossesses à partir des données de l'Enquête nationale périnatale 2003.

Quarante ans après la loi Neuwirth, la France se trouve dans une situation paradoxale avec un taux de recours à la contraception très élevé et un taux d'IVG important qui ne baisse pas malgré le développement de la contraception d'urgence. Près d'une femme sur deux aura recours à une interruption de grossesse dans sa vie. Quelles sont les femmes à risque et y a-t-il des situations à risque d'IVG? La stabilité des taux d'IVG semble traduire une hausse de la propension à recourir à l'avortement en cas de grossesse non prévue. Pour le dossier « Sexualité, contraception, prévention et rapports de genre », rédigé par Nathalie Bajos (INSERM U822, Santé sexuelle et reproductive) des éléments de contexte sociologiques sont mobilisés. L'élargissement du champ de l'analyse à la sexualité et aux infections sexuellement transmissibles apparaît nécessaire dès lors qu'on s'interroge sur l'accessibilité et l'acceptabilité des différentes méthodes de contraception et sur les circonstances de recours à l'IVG.

À un manque important de connaissance sur les violences perpétrées au sein des ménages ordinaires, fait place aujourd'hui une relative abondance de chiffres. Faire le point sur le thème des violences, à propos de la santé des femmes, était donc nécessaire pour comparer, synthétiser et clarifier ce qu'apportent ou non les différentes données maintenant disponibles. L'enquête Événements de vie et santé (EVS), réalisée par la DREES a fait des relations entre violences subies et santé son principal objet, en adoptant une optique de datation de l'ensemble des événements vécus au cours de la vie. Cette approche biographique des événements difficiles permet de dater et mettre en relation les événements violents, les faits marquants de l'état de santé, et également les difficultés familiales, matérielles, affectives... vécues dans et à travers l'entourage proche. Le dossier « Violences, santé et événements difficiles : situation comparée des femmes et des hommes », rédigé par Catherine Cavalin (DREES) couvre les violences définies comme des « atteintes à l'intégrité de la personne », fournit des éléments de comparaison entre hommes et femmes, tant du point de vue des violences subies par les uns et les autres que de l'état de santé à mettre en relation avec l'état de victime, et replace les violences et les états de santé dans un contexte plus large, celui des événements difficiles vécus tout au long de la vie.

synthèse



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

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

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

■ SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE, PÉRINATALITÉ

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

Le plan Périnatalité 2005-2007 :

une nouvelle approche autour de la « sécurité émotionnelle »

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

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

Des disparités sociales préoccupantes dans le suivi des grossesses

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Des taux d'IVG à la hausse chez les mineures

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

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

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

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

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

■ PRÉVENTION DES MALADIES CHRONIQUES

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

■ SANTÉ MENTALE ET RISQUES PSYCHOSOCIAUX

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

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

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

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

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

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

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

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

Risques psychosociaux : des risques émergents encore peu documentés

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

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

■ VIOLENCES

Violences sexuelles : renforcer et diversifier l'écoute

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

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

Violences subies et santé : des parcours individuels heurtés

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

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

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

■ CANCERS ET QUALITÉ DE VIE

Dépistage des cancers :

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

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

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

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

Une qualité de vie dégradée

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

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

■ MALADIES CHRONIQUES ET VIEILLISSEMENT

Maladies chroniques :

développer des alternatives à l'hospitalisation conventionnelle ou ambulatoire

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

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

Maladie d'Alzheimer : un défi majeur

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

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

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

Penser la prise en charge des personnes âgées isolées

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

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

■ CONCLUSION

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

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

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

Ouvrages pour en savoir plus

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

dossiers



Périnatalité et santé des femmes

Marie-Hélène Bouvier-Colle (INSERM U953)
et Marc Collet (DREES)

■ INTRODUCTION

La France est actuellement le pays européen qui enregistre le plus grand nombre de naissances. Avec 819 605 naissances vivantes et un taux de fécondité s'élevant à près de deux enfants par femme, elle se situe en 2007 au premier rang des états membres de l'Union européenne, devant l'Irlande. En outre, le nombre de naissances dépasse largement celui des décès entraînant un accroissement naturel élevé qui demeure le principal moteur de l'accroissement de la population, contrairement à de nombreux pays européens. En 2007, l'accroissement de la population tient pour les quatre cinquièmes à l'excédent des naissances sur les décès et pour un cinquième à l'excédent migratoire. Cette situation va de pair avec une espérance de vie très élevée, la plus longue d'Europe, des femmes françaises (84,4 ans à la naissance et 45,3 ans à l'âge de 40 ans) [Pia, 2008 ; Héran, 2006 ; Pison, 2008].

En 1970, le taux de mortalité périnatale¹ égal à 23,3 pour 1000 naissances était l'un des plus élevés d'Europe. Les plans périnatalité, depuis le premier en 1971, se sont donc naturellement structurés dans un premier temps autour de la baisse de la mortalité périnatale, avec des objectifs en termes d'amélioration de la surveillance prénatale et périnatale. Entre 1985 et 2001, la mortalité périnatale a fortement diminué, passant de 10,7 à 6,9 enfants sans vie ou décédés à moins de sept jours pour 1 000 naissances (encadré 1).

Les évolutions et les progrès de la médecine au cours des 30 dernières années, se sont traduits par une hyper-technicisation et une médicalisation de la grossesse aux dépens d'une écoute suffisante des femmes et des couples, notamment dans le cas des grossesses physiologiques à bas risque. Ainsi, au-delà des exigences de sécurité à la naissance dans les maternités, le plan périnatalité 2005-2007 s'articule autour de la restauration d'un dialogue entre les femmes, les couples et les professionnels de la naissance, en plaçant la « sécurité émotionnelle » parmi les objectifs prioritaires [Puech, 2008].

En 2007, l'âge moyen de la maternité en France est de 29,9 ans et 21 % des naissances concernent des femmes âgées de 35 ans ou plus. Ainsi, les femmes aux abords de la trentaine doivent affronter et résoudre diverses questions pouvant avoir un effet sur leur carrière professionnelle ou un mode de vie déjà ancré dans certaines habitudes. Du fait de la médicalisation importante de la grossesse et de l'accouchement, elles doivent aussi faire face à un certain nombre de décisions : arrêt de la contraception, programmation des consultations en période prénatale, réalisation des différents tests de dépistages ou encore choix de la maternité. Ce sont toutes ces interrogations, liées au projet de naissance au sens large, que le dernier plan périnatal a essayé de prendre en considération. Savoir ce que les femmes pensent de leur prise en charge paraît donc indispensable. L'enquête de la DREES sur la satisfaction des usagères des maternités, menée à la fin de l'année 2006, permet d'apporter un éclairage sur ces questions.

En 2008, environ 1 % des accouchements se traduisent par une pathologie maternelle sévère [Zwart, 2008]. Toutefois, avec l'augmentation continue de l'âge à la maternité et les mutations économiques et sociales qui traversent notre société, l'émergence ou le développement de nouveaux problèmes de santé pour les femmes pourraient apparaître. Les difficultés à concevoir risquent de s'accroître [Leridon, 2008] tandis que les grossesses extra-utérines et les décès maternels demeurent encore trop fréquents (voir fiches 19 et 21). La persistance d'une mortalité maternelle (sa diminution en partie freinée par l'élévation de l'âge lors de la maternité) pourrait s'expliquer aussi par certaines lacunes dans l'organisation des soins. Il est possible de remédier à ces situations « non optimales » à condition de les identifier et d'en connaître les raisons. La morbidité maternelle sévère constitue le troisième aspect de ce dossier sur la santé des femmes. En s'appuyant sur les résultats de l'enquête périnatale 2003, il s'agit enfin de mettre en évidence les inégalités sociales en matière de surveillance de grossesse [Scheidegger, 2007].

1. Nombre de décès fœtaux et néonataux précoces (avant une semaine) rapporté à l'ensemble des naissances.

ENCADRÉ 1

Mortalité périnatale

Le taux de mortalité périnatale est défini comme le nombre d'enfants naissant sans vie ou décédés à moins de sept jours pour 1 000 naissances d'enfants nés vivants ou sans vie. Cet indicateur est produit chaque année par l'INSEE à partir de l'état civil.

L'objectif de la loi de santé publique du 9 août 2004 est de réduire la mortalité périnatale de 15 % et d'atteindre un taux de 5,5 pour 1 000 en 2008.

Entre 1985 et 2001, la mortalité périnatale a fortement diminué, passant de 10,7 à 6,9 enfants sans vie ou décédés à moins de sept jours pour 1 000 naissances. La brusque augmentation observée en 2002 (10 pour 1 000) est due à un changement de réglementation intervenu en 2001, consécutif à l'abaissement des seuils d'enregistrement. Avant 2001, aucun acte n'était établi pour les enfants mort-nés si la durée de la grossesse était inférieure à 180 jours (28 semaines d'aménorrhée). Or, la circulaire de novembre 2001 modifie cette disposition. Désormais, un acte d'enfant sans vie peut être établi après 22 semaines d'aménorrhée ou lorsque le poids de l'enfant mort-né est d'au moins 500 grammes¹. Néanmoins, le changement n'explique pas la totalité de l'évolution et des progrès restent à accomplir pour atteindre l'objectif de réduction inscrit dans la loi.

Entre 2002 et 2004, le taux de mortalité est passé de 10 à 10,9 pour 1 000 en France métropolitaine. L'année 2005 a enregistré une baisse avec un taux égal à 10,4 pour 1 000 mais le taux a retrouvé en 2006 son niveau de 2004.

La situation variait de 8,2 décès pour 1 000 naissances dans le Limousin à plus de 13 pour 1 000 en Picardie. C'est dans le département de la Seine-Saint-Denis que le taux était le plus élevé à 14,9 pour 1 000 en France métropolitaine. La situation était globalement moins favorable dans les départements d'outre-mer, avec une moyenne de 18 décès pour 1 000 naissances, particulièrement en Martinique et en Guyane où les taux atteignaient respectivement 23,2 et 20,2 pour 1 000.

Sources : INSEE, Eurostat.

1. Depuis le 22 août 2008, sur production d'un certificat médical d'accouchement, tout enfant mort-né ou né vivant mais non viable, peut donner lieu à un enregistrement à l'état civil.

■ LE PLAN PÉRINATALITÉ 2005-2007 : HUMANITÉ, PROXIMITÉ, SÉCURITÉ ET QUALITÉ

Le Plan 2005-2007 se propose d'introduire une approche nouvelle de la périnatalité, visant à trouver un point d'équilibre entre sécurité de prise en charge, humanité et proximité de l'offre de soins.

Le plan vise en particulier à mieux répondre aux différentes attentes des usagers et à permettre à chacun un accès égal à des soins adaptés, tout en assurant la sécurité émotionnelle, médicale et sociale. Ce plan inscrit un « changement fondamental dans la philosophie de la prise en charge de la grossesse et de la naissance en intégrant la notion de sécurité émotionnelle des futurs parents » [Puech, 2008].

Cette nécessaire synthèse a été déclinée dans le plan au travers de cinq axes de prise en charge : humanité, proximité, sécurité, qualité et reconnaissance des professionnels a vec plus de 30 actions qui se sont accompagnées d'un cadrage financier de 274 millions d'euros. Les mesures phares de ce plan sont présentées dans l'encadré 2. Une procédure externe d'évaluation du plan périnatalité 2005-2007 sera engagée par la Direction générale de la santé (DGS) dans les prochains mois.

Accompagner et informer plus efficacement les femmes et les couples et assurer leur participation à la définition de la politique périnatale

Par rapport aux précédents plans périnatalité, la volonté d'améliorer la qualité des soins obstétricaux tout en organisant simultanément une meilleure écoute des femmes et de leurs partenaires est clairement affirmée.

L'humanisation de la naissance repose tout d'abord sur le financement et la mise en place d'un entretien prénatal précoce, distinct de la consultation prénatale ordinaire au quatrième mois. Cet entretien, réalisé par les sages-femmes, établit des liens positifs avec les femmes enceintes ou les futurs parents et assure par la suite une meilleure prise en compte de la dimension psychologique. Un dépistage plus précoce des vulnérabilités propres à certains parents devrait permettre un soutien et une aide pour trouver les réponses les mieux adaptées à chaque problème et ainsi préserver l'enfant.

Cette approche innovante de la périnatalité repose également sur le renforcement de la collaboration médico-psychologique. Cette mesure vise à favoriser une prise en charge globale des mères en encourageant, non pas une approche segmentée, mais un décloisonnement des suivis, médical et psychologique. L'articulation de l'ensemble des professionnels est ainsi le gage d'une continuité et d'une cohérence de prise en charge.

Ce plan périnatalité encourage également à fournir une information complète et continue grâce à la création d'un carnet de maternité. Son contenu est centré sur l'information des femmes enceintes et son utilisation associée au dossier de suivi médical mis en place par les réseaux périnatalité.

Enfin, il faut souligner que la participation des usagers à la définition, au suivi et à l'évaluation de la politique périnatale est également prévue dans ce plan. Ainsi, les textes réglementaires prévoient la participation des représentants des usagers au sein de la commission nationale de la naissance, chargée de contribuer à la réalisation des objectifs de santé publique pour la périnatalité.

Ce nouveau plan place également la santé des mères au centre de ses préoccupations

En replaçant la santé des mères au centre de ses préoccupations, ce plan s'inscrit dans une relative rupture par rapport à ceux qui l'ont précédé, depuis le premier du genre sur la période 1971-1976, et qui tendaient à restreindre la notion de « grossesse à risque de complications » au seul point de vue de l'enfant [Rumeau-Rouquette, 2001].

Les plans antérieurs et leur traduction réglementaire dans le décret du 9 octobre 1998 étaient très largement sous-tendus par l'objectif de sécurité de prise en charge incitant :

- un seuil minimal (300) d'accouchements à effectuer pour qu'une maternité puisse être autorisée ;
- une mise aux normes des établissements notamment en termes de personnel ;
- une gradation des maternités en types de prise en charge en fonction du risque néonatal.

Cette organisation répond bien aux besoins des nouveau-nés mais correspond encore assez peu à ceux des mères en cas de complications sévères.

Ces normes ont très largement structuré l'évolution de l'offre de soins dans les années qui ont suivi.

La situation de la répartition des lieux d'accouchements et des accouchements selon les types de structures, résultant des directives antérieures au plan 2005-2007, est connue et un bilan a été dressé (tableau 1).

ENCADRÉ 2

Mesures phares du plan périnatalité 2005-2007

Humanité

- Mise en place d'un entretien individuel du quatrième mois, visant à accompagner plus efficacement les parents ;
- Meilleure prise en compte de l'environnement psychologique de la naissance ;
- Participation des usagers à la définition, au suivi et l'évaluation de la politique périnatale ;
- Information complète et continue ;
- Soutien renforcé aux femmes et aux couples en situation de précarité ;
- Accompagnement spécifique des femmes enceintes et des couples faisant face à un handicap ou une maladie invalidante ;
- Suivi et prise en charge à long terme des nouveau-nés à risque de développer un handicap.

Proximité

- Développement des réseaux en périnatalité ;
- Renfort et extension du rôle des centres périnatals de proximité (CPP) ;
- Le service de PMI, acteur clé du réseau de périnatalité ;
- Participation des sages-femmes libérales et création de structures d'hospitalisation à domicile sur l'ensemble du territoire.

Sécurité

- Maternités mieux équipées et mieux pourvues en personnel ;
- Transports mieux organisés et renforcés ;
- Mise en œuvre de schémas régionaux des services de réanimation pédiatriques ;
- Amélioration de la prise en charge des urgences maternelles ;
- Implantation des sites d'accouchement garantissant qualité et sécurité.

Qualité

- Sur l'échographie ;
- Sur l'assistance maternelle à la procréation.

En 2005, les femmes accouchaient déjà dans des maternités nettement moins nombreuses (593) que 20 ans auparavant (815) mais beaucoup plus actives, avec 1 290 au lieu de 890 accouchements par an, en moyenne. C'est le résultat des efforts continus de restructuration, afin d'améliorer la sécurité des femmes et de leur bébé à la naissance.

Tableau 1 • Répartition des établissements et des accouchements selon le type de la maternité d'accueil en 1996, 2002 et 2005

		Type de maternité			Total
		1	2	3	
Nombre d'établissements	1996	565	250		815
	2002	403	203	47	653
	2005	321	210	62	593
Nombre d'accouchements	1996	409 894	315 443		725 337
	2002	330 915	306 284	115 008	752 207
	2005	268 643	339 309	156 578	764 530
Part d'accouchements (en %)	1996	56,5	43,5		100
	2002	44,0	41,0	15,0	100
	2005	35,1	44,4	20,5	100

* Y compris chirurgie gynécologique.

Rappel : La statistique annuelle des établissements de santé produit deux types de données : une base administrative qui contient les données déclarées par un établissement ou une entité juridique (<http://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr>) et une base statistique destinée aux études, à partir des données redressées par la DREES pour corriger les effets de l'absence partielle ou totale de réponse de certains établissements.

Champ : France métropolitaine.

Sources : DREES, SAE 1996, 2002 et 2005, données statistiques.

ENCADRÉ 3

Évolution du nombre de maternités depuis 1975

Depuis 30 ans, différents changements ont transformé les maternités françaises. Un premier processus de restructuration a été mis en œuvre en 1975². La parution en 1972 des décrets Dienesch a entraîné la disparition de nombreuses petites cliniques obstétricales souvent tenues par des sages-femmes. Ces décrets applicables aux cliniques privées d'accouchement imposaient des normes très détaillées pour les locaux et le plateau technique ; 15 lits minimum étaient notamment requis pour autoriser l'exercice d'une maternité. Dans le secteur public, les autorités ont mis en œuvre des normes identiques à celles des décrets Dienesch, ce qui a surtout visé les maternités des hôpitaux locaux, peu fréquentées et placées sous la responsabilité de médecins généralistes.

Le nombre de maternités est ainsi passé de 1 369 en 1975 à 815 en 1996 pour s'établir à 593 fin 2005. Le nombre de lits a parallèlement diminué de 34 %, passant de près de 34 000 en 1975 à plus de 22 000 fin 2005. La durée moyenne de séjours a quasiment été divisée par deux en 30 ans, passant de huit à quatre jours et demi.

Les décrets périnatalité du 9 octobre 1998, incitent ensuite les maternités à constituer des réseaux de collaboration à l'intérieur des régions : en 2003, selon l'enquête nationale périnatale, 91 % participaient à un réseau de soins en périnatalité, et 41 % à un réseau ville-hôpital. Afin d'améliorer la sécurité de la naissance, ces décrets prévoient l'orientation des mères vers des maternités disposant de l'environnement maternel et pédiatrique adapté à leur niveau de risque et à celui de l'enfant. Trois niveaux de spécialisation (soumis à autorisation) ont été définis pour atteindre cet objectif. Un établissement est dit « de niveau 1 » s'il possède un service d'obstétrique ; « de niveau 2 » s'il a un service de néonatalogie sur le même site que le service d'obstétrique ; « de niveau 3 » s'il dispose sur le même site que le service d'obstétrique, d'un service de réanimation néonatale et d'un service de néonatalogie.

Les établissements n'ayant pas d'unités spécialisées sont invités à passer convention avec un ou plusieurs établissements de santé qui en disposent, afin d'assurer l'orientation des femmes enceintes, d'organiser les transferts, éventuellement en urgence, des mères et des nouveau-nés entre ces établissements.

Les 593 maternités, c'est-à-dire les établissements de santé autorisés à pratiquer les activités d'obstétrique, néonatalogie, réanimation néonatale, recensées au 1^{er} janvier 2006 en France métropolitaine ont pris en charge près de 765 000 accouchements disposant pour cela de 22 000 lits de gynécologie-obstétrique (tableau 1).

Les maternités de niveau 2 et 3 sont presque exclusivement des maternités publiques ou privées à but non lucratif (respectivement 78 % et 100 % en 2005) alors que 41 % des maternités de niveau 1 sont privées à but lucratif. Entre 1996 et 2005, un report des accouchements est intervenu vers les maternités des deux niveaux supérieurs. En effet, en 2005, 65 % des accouchements ont eu lieu dans les 272 maternités disposant d'un service de néonatalogie ou de réanimation néonatale (niveaux 2 ou 3), alors qu'en 1996, c'était le cas de 43,5 % d'entre eux.

Sources : SAE, données statistiques ; IRDES, base Eco-santé.

Les orientations et mesures prises à la suite de ces plans ont permis aux femmes de bénéficier, quelles que soient leurs conditions économique et sociale, d'une protection spéciale notamment en cas de grossesse pathologique ou encore de pouvoir bénéficier de sept visites prénatales au lieu des quatre obligatoires déjà prévues classiquement. Ces visites devaient permettre d'identifier le plus tôt possible au cours de la grossesse, les femmes qui présentaient une probabilité plus élevée de complications soit fœtales soit maternelles afin de les orienter vers des structures de soins aptes à les prendre en charge de manière efficace [Baubeau, 1999 ; Buisson, 2003]. De ce fait, les décrets de 1998 sur la sécurité à la naissance organisèrent les maternités en trois types (encadré 3) mais ceux-ci furent principalement définis en fonction de critères de prise en charge de l'état de santé du fœtus plutôt que de celui de la mère.

2. L'année 1975 a été choisie pour des raisons de disponibilités des données.

Le point de vue a donc été élargi avec le nouveau plan. La santé et la sécurité de prise en charge des femmes sont au centre de plusieurs mesures importantes du plan. Ainsi, la réduction de la mortalité maternelle et le renforcement de la prise en charge des urgences maternelles sont un des objectifs essentiels. La Haute Autorité de santé (HAS) a énoncé et diffusé des recommandations de bonnes pratiques sur le suivi et l'orientation des femmes, en fonction des risques identifiés de complications³. Parallèlement, une étude sur les prises en charge effectives des femmes en milieu hospitalier selon les pathologies liées à la grossesse a été confiée à l'ATIH. Elle devrait éclairer les connaissances sur la réalité des changements intervenus dans le domaine de la prise en charge de ces urgences obstétricales.

La nouveauté consiste à se préoccuper, à organiser et à prévoir, le recours aux ressources hospitalières adaptées au niveau de risque maternel, en s'appuyant sur des réseaux de soins. L'accès à des services de réanimation adultes ou de soins intensifs, aptes à soigner rapidement une décompensation cardiaque maternelle, une défaillance d'organe, ou à mobiliser une équipe de radiologie interventionnelle pour l'embolisation des vaisseaux en cas d'hémorragie obstétricale très sévère doit être généralisé. Cette mesure s'accompagne d'un renforcement de l'organisation des transports périnataux des mères.

■ LES OBJECTIFS DU PLAN PÉRINATAL CONCORDENT-ILS AVEC L'ÉVALUATION DES USAGÈRES DE MATERNITÉ ?

L'enquête menée par la DREES auprès des usagères des maternités et réalisée en 2006, par téléphone, sur un échantillon représentatif de femmes venant d'accoucher (2656 femmes) permet pour la première fois d'appréhender, à travers leurs déclarations, les attentes et la satisfaction des femmes, à l'échelle nationale (encadré 4). Cette enquête permet ainsi d'établir un état des lieux avant la concrétisation des mesures du plan [Collet, 2008].

ENCADRÉ 4

Protocole de l'enquête Satisfaction des usagères des maternités

Cette enquête s'insère dans un dispositif d'enquêtes réalisé par la DREES auprès des usagers du système de soins (usagers des urgences hospitalières en 2002, patients de la médecine générale en 2003, recours urgents ou non programmés à la médecine de ville en 2004...). Ces enquêtes permettent d'explorer comportements et perceptions de recours des usagers, y compris en termes de satisfaction, et de rapprocher les données quantitatives disponibles sur l'organisation de l'offre de soins avec des éléments qualitatifs. Le protocole de ces enquêtes repose sur un double questionnement des usagers et des personnels médicaux.

Poursuivant un des objectifs stratégiques énoncés par le plan « Périnatalité 2005 – humanité, proximité, sécurité, qualité », la DREES a réalisé une enquête auprès d'un échantillon de parturientes ayant quitté la maternité avec leur bébé au cours de la période de référence de l'enquête (d'une durée de deux semaines pour chacun des établissements participants).

Sur les 608 maternités recensées par la statistique annuelle des établissements (SAE 2004), 169 ont préalablement été tirées au sort dans 22 strates, définies en fonction du niveau d'autorisation de la maternité (I, II ou III), de sa taille (évaluée selon le nombre d'accouchements réalisés dans l'année), de son statut et de son mode de financement (établissements publics, privés sous dotation globale (DG), privés sous objectif quantifié national - OQN). Pour toutes les parturientes⁴ entrant dans le champ au cours de la période d'enquête (s'étalant de mi-septembre à fin octobre 2006), des renseignements médicaux ont été recueillis par l'équipe soignante (fiche médicale fortement inspirée du certificat de santé au 8^e jour).

À la sortie de la maternité, une fiche d'acceptation était remise à ces femmes, leur demandant leur accord pour être éventuellement interrogées par téléphone, neuf sur dix ont accepté. Les interviews téléphoniques, au nombre de 2656, ont ensuite été menées par la société IPSOS, du 10 octobre au 9 novembre 2006. Une fois les appariements réalisés entre les deux fichiers anonymisés, l'échantillon des patientes interrogées par téléphone a été redressé de manière à être représentatif de la répartition des accouchements selon les strates de l'enquête. Il ne garantit en revanche pas de représentativité régionale ni même une parfaite représentativité de l'ensemble des usagères des maternités, les femmes restant hospitalisées longtemps dans l'établissement ou sortant sans leur enfant n'entrant, de fait, très rarement ou pas dans le champ d'enquête.

Les questions de l'enquête sériées selon les trois étapes classiques de la grossesse (surveillance de la grossesse, déroulement de l'accouchement et suites de couches) proposaient aux jeunes mères d'exprimer leur opinion sur les différentes composantes de la prise en charge : information, écoute, conseils, actes réalisés, suivi et accompagnement...

La grande majorité des usagères des maternités, satisfaites du suivi de grossesse, mettent en avant les qualités humaines des professionnels de santé

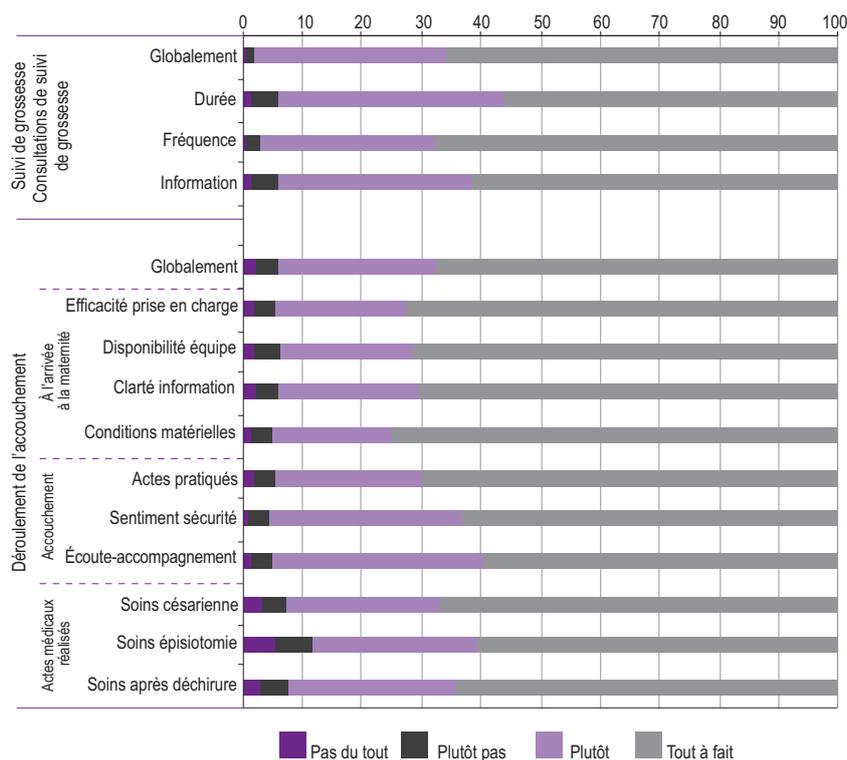
Parmi les femmes interrogées au cours de cette enquête, seule une sur cinquante ne se déclare plutôt pas ou pas du tout satisfaite quant au suivi de sa grossesse (graphique 1a). Ce haut niveau de satisfaction se retrouve

3. Recommandations HAS diffusées en mai 2007, « suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées ». www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suivi_des_femmes_enceintes_-_recommandations_23-04-2008.pdf

4. À l'exception des trois strates exhaustives correspondant aux maternités de type III pour lesquelles, en s'appuyant sur le mois de naissance de la mère, un taux de sondage de 1/3 a été appliqué afin d'alléger la charge de travail des enquêteurs.

sur chacune des dimensions de l'accueil et de l'organisation des consultations de suivi : la fréquence et, avec des jugements un peu plus nuancés (moins de « tout à fait » mais davantage de « plutôt » satisfaites), les informations délivrées et la durée de ces séances. Interrogées sur l'aspect du suivi de grossesse qu'elles ont trouvé le plus satisfaisant, les femmes ont en premier lieu mis en avant les qualités humaines des professionnels de santé : l'écoute et l'accompagnement (30 %), le dialogue et les explications reçues (22 %) ; la sécurité de la prise en charge (19 %) et la qualité des prestations techniques (13 %).

Graphique 1a • Satisfaction à l'égard des consultations de suivi de grossesse et du déroulement de l'accouchement



Champ : France métropolitaine, voir encadré 4.

Sources : Enquête sur les usagères des maternités, DREES, 2006.

Les femmes sont très satisfaites du déroulement de l'accouchement, mais souhaitent une meilleure information quant à la nature des actes pratiqués

Les deux tiers des femmes sont venues d'elles-mêmes à la maternité car elles ont l'impression que le travail commençait tandis qu'une sur six s'y est rendue conformément à la programmation de l'accouchement. Les autres femmes étaient déjà hospitalisées (8 %) ou sont arrivées pour une urgence maternelle ou fœtale à la maternité (7,5 %). À leur arrivée, près de neuf femmes sur dix étaient accompagnées du futur père, alors que 5 % étaient seules ; les autres étant venues avec un membre de la famille ou un proche.

Dans des proportions comparables au suivi de grossesse, les femmes expriment une profonde satisfaction sur la manière dont s'est déroulé leur accouchement : seules 6 % se déclarent pas du tout (2 %) ou plutôt pas satisfaites (4 %).

Si ce degré de satisfaction se retrouve pour les différentes dimensions de l'accouchement, c'est la prise en charge à l'arrivée à la maternité qui est la plus unanimement valorisée, avec des niveaux d'adhésion particulièrement importants et homogènes quant à l'efficacité, la disponibilité et les informations délivrées par les équipes soignantes, ou encore les conditions matérielles d'accueil. Elles ont, unanimement salué l'organisation et l'ambiance en salle de naissance qui ont permis de respecter leur intimité et leur tranquillité (95 %) et leur liberté de mouvement (83 %). En ce qui concerne l'accouchement *stricto sensu*, si les jugements négatifs restent globalement très minoritaires (5 %), les opinions positives sont plus ou moins tranchées selon les éléments considérés : la part des « très satisfaites » varie ainsi de 70 %, quant aux actes pratiqués, à 63 % pour le sentiment de sécurité et même un peu moins de 60 % pour ce qui est de l'accompagnement des professionnels de santé pendant l'accouchement. Enfin, interrogées plus spécifiquement sur chacun des actes médicaux pratiqués, on observe un taux d'insatisfaction nettement plus important pour les soins d'épisiotomie (12 % des femmes concernées exprimant un avis défavorable) que pour les soins de césarienne ou liés à une déchirure (7 %).

Si les femmes sont positives sur la manière et des conditions dans lesquelles s'est déroulé leur accouchement, elles se révèlent un peu plus sceptiques au sujet de la capacité des professionnels à expliquer leur démarche médicale et les implications potentielles sur leur santé. Ainsi, en cas de césarienne (programmée ou non), une femme sur dix juge les informations fournies insuffisantes et une sur vingt inexistantes. Plus encore, en cas d'épisiotomie : près d'une femme sur deux a déploré un manque (16 %) ou l'absence totale d'explications (31 %) lorsque cet acte a été effectué.

Une femme sur cinq juge la préparation à la sortie de la maternité insatisfaisante

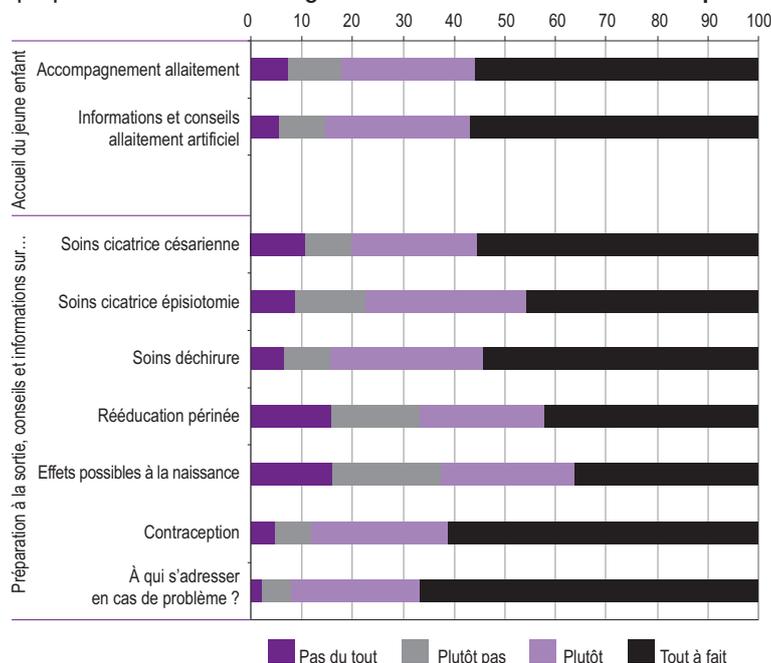
Le questionnaire propose également aux usagères des maternités de s'exprimer sur les suites de couches et la prise en charge post-natale (de la mère comme de l'enfant).

Si les femmes restent majoritairement satisfaites des suites de l'accouchement, elles portent un jugement négatif, dans près de deux cas sur dix, sur l'accompagnement de l'allaitement maternel (10% plutôt pas et 7% pas du tout satisfaites) ou les informations et conseils donnés sur l'alimentation artificielle (respectivement 9% et 10%). Une première tétée en salle de naissance n'a été proposée qu'à moins des deux tiers des mères (graphique 1b).

C'est sur la préparation à la sortie de la maternité que les femmes sont les plus nombreuses à émettre des réserves. Elles sont ainsi entre 15 % et 35 % à être plutôt pas ou pas du tout satisfaites des informations et conseils médicaux qui leur sont prodigués afin d'assurer les soins de suites de couches : 16% pour les soins de déchirure, 20% pour les soins de cicatrice liée à une césarienne, 22% pour les soins consécutifs à une épisiotomie et 33% pour ce qui est de la rééducation du périnée. Plus encore, près de quatre femmes sur dix déplorent avoir été mal préparées aux éventuels troubles *post-partum* (pertes vaginales, retour de couches, poids, fatigue, sommeil...).

Ces reproches dans la préparation à la sortie de la maternité ne sont pas directement imputés à la durée de leur hospitalisation puisque les trois quarts des femmes estiment la durée de séjour à la maternité adéquate, 21% trop longue et seulement 7% trouvent leur sortie prématurée.

Graphique 1b • Satisfaction à l'égard des suites de couches et du suivi post-natal



Champ : France métropolitaine, voir encadré 4.

Sources : Enquête sur les usagères des maternités, DREES, 2006.

Des niveaux de satisfaction relativement homogènes

quels que soient le type de structures et le profil sociodémographique des patientes

Il n'est pas très surprenant d'obtenir des bons taux de satisfaction dans une enquête d'opinion sur la maternité, car la plupart des naissances se passent bien et les pourcentages observés sont réellement signes d'une situation globalement très positive. Pour autant, on peut supposer que l'opinion des usagères varie selon le type de structure de prise en charge (niveau, taille de la maternité...), le profil de la patiente (caractéristiques sociodémographiques, expérience passée en termes de maternité...) ou encore sa trajectoire médicale (troubles de

santé pendant la grossesse, actes pratiqués au cours de l'accouchement...). L'impact de ces déterminants sur la satisfaction générale vis-à-vis du suivi de grossesse et du déroulement de l'accouchement, a été identifié. Des analyses, toutes choses égales par ailleurs, ont parallèlement été menées afin de tester la signification statistique de ces facteurs.

En premier lieu, on peut observer que le niveau de satisfaction des usagères des maternités à l'égard du suivi de grossesse et du déroulement de l'accouchement varie assez peu selon le type de structure d'accueil ou les principales caractéristiques sociodémographiques des patientes (tableau 2). Si la part des femmes insatisfaites croît légèrement en fonction du niveau et de la taille de la maternité, ou se révèle un peu plus importante dans les structures publiques que dans les établissements privés à but lucratif, cela s'explique principalement par des profils et des trajectoires médicales un peu différents (toutes choses égales par ailleurs, les différences ne sont pas significatives). De même, les profils d'âge, de catégorie socioprofessionnelle, de niveau d'études ou de situation familiale ont une influence limitée sur le niveau de satisfaction des usagères des maternités. On peut néanmoins observer que les plus jeunes et les inactives sont un peu plus nombreuses à exprimer des réticences à l'égard du suivi de grossesse alors qu'elles ont, à l'opposé, une propension plus forte à se déclarer satisfaites du déroulement de l'accouchement. Enfin, les femmes les moins diplômées ou celles pour qui il s'agit du premier accouchement portent des jugements un peu plus sévères sur le suivi de grossesse comme sur l'accouchement.

Les niveaux de satisfaction varient sensiblement selon les marges de choix pendant le suivi de grossesse et les actes pratiqués lors de l'accouchement

En revanche, il apparaît que l'appréciation portée sur le suivi de grossesse fluctue très nettement selon les marges de manœuvre (situations médicales, conditions financières ou niveau d'offre de soins) dont les femmes ont disposé pour choisir et coordonner leur trajectoire de grossesse. Le taux d'insatisfaction dépasse ainsi les 7 % parmi les femmes qui n'ont pas pu s'inscrire dans la maternité de leur choix – contre 2 % pour l'ensemble de l'échantillon (différence très significative, toutes choses égales par ailleurs). Lorsque des problèmes de santé sont apparus au cours de la grossesse, les femmes ont également jugé plus sévèrement leur suivi (3,7 % d'insatisfaites en cas de problème médical et 3,2 % en cas d'hospitalisation), qu'elles aient imputé ces troubles à des carences dans le suivi, ou qu'elles aient considéré que ces troubles de santé ont perturbé le bon déroulement de leur suivi. Enfin, les contraintes financières semblent jouer un rôle essentiel : la part des insatisfaites s'avère sensiblement plus élevée parmi les femmes qui déclarent ne pas bénéficier de la Sécurité sociale (6,8% contre 2,1 % pour l'ensemble de l'échantillon) ou qui bénéficient de la CMU (3,6%)⁵, ainsi que celles qui ont été suivies par les PMI plutôt que par la médecine de ville (7,1 % contre 1,1 %).

L'ensemble de ces facteurs (contraintes dans le choix de la maternité, grossesse à problème et protection sociale) joue dans le même sens et a avec des degrés de signification proches sur la satisfaction des femmes à l'égard du déroulement de l'accouchement. À ces facteurs s'ajoutent l'influence des modalités d'accouchement et les actes pratiqués par l'équipe soignante. Ainsi, la part des insatisfaites est augmentée de 35 % parmi les femmes qui n'ont pas eu de péridurale. Plus encore, elle est multipliée par deux pour celles qui ont subi une césarienne (l'effet étant plus fort quand, de surcroît, ces femmes avaient accouché auparavant dans une autre maternité, ou étaient restées quatre jours ou moins à la maternité).

Ces résultats préliminaires donnent, en 2006, un tableau plutôt positif de la situation, mais suggèrent qu'en cas de problème (césarienne, épisiotomie, hospitalisation pendant la grossesse), des progrès pourraient être accomplis. Néanmoins, partant d'un haut niveau général de satisfaction, il ne faudrait pas s'attendre à des évolutions spectaculaires dès 2008, mais il serait intéressant que la même enquête d'opinion soit refaite pour en avoir confirmation.

5. La différence n'est pas statistiquement significative, probablement en raison d'effectifs faibles.

Tableau 2 • Satisfaction à l'égard du suivi de grossesse et de l'accouchement en fonction du type de structure et de prise en charge, des caractéristiques des patientes et de la trajectoire de grossesse

Variables		Modalités	Opinion générale suivi de grossesse		Opinion générale accouchement	
			Plutôt pas ou pas du tout satisfaite (en %)	Significativité	Plutôt pas ou pas du tout satisfaite (en %)	Significativité
Ensemble			2,1		6,0	
Caractéristiques de la maternité	Niveau	1	1,7		6,3	
		2	2,2		5,3	
		3	2,5		7,2	
	Taille (accouchements par an)	Moins de 1 000	1,9		5,3	
		1 000 à 2000	2,0		6,6	
		Plus de 2000	2,3		6,1	
	Statut	Public	2,5		6,4	
Privé sous DG		1,5		5,9		
Privé sous OQN		1,2		4,9		
Pas pu s'inscrire dans la maternité de son choix			7,3	***	14,2	***
Déjà accouchée mais dans une autre maternité			3,0	*	7,6	*
Caractéristiques de la patiente	Âge	Moins de 20 ans	4,5		4,5	
		De 20 à 24 ans	2,8		5,5	
		De 25 à 29 ans	1,7		6,3	
		De 30 à 34 ans	2,5		6,2	
		De 35 à 39 ans	1,4		5,6	
		40 ans et plus	1,8		5,9	
	PCS	Cadre sup.	1,2		5,6	
		Profession intermédiaire	1,9		6,4	
		Employée	2,4		5,7	
		Ouvrier	1,7		5,8	
		Agric/Artisan	0,9		9,8	
		Inactive	2,9		5,9	
	Niveau d'étude	Primaire ou moins	2,8		6,6	
Secondaire		2,0		5,3		
Technique ou commercial		3,0		6,2		
Supérieur		1,9		6,3		
Pas en couple			1,8	*	6,2	
Sécurité sociale (variable déclarative)	Avec complémentaire	1,9		5,6		
	Sans complémentaire	0,7		10,2		
	CMUC	3,6		8,0		
	Non	6,8	**	13,2	**	
Premier accouchement			2,3		6,8	
Lieu de suivi de grossesse	Maternité	2,8		6,5		
	Cabinet privé	1,1	***	5,9		
	PMI	7,1	*	6,8		
	En alternance	1,9		5,2		
Séance de préparation à la naissance			2,0		6,0	
Pb médical pendant grossesse			3,7	**	8,9	**
Hospitalisation pendant grossesse			3,2		7,7	
Durée séjour	4 jours ou moins	3,2	**	5,5		
	5 ou 6 jours	1,6		5,3		
	7 jours ou plus	3,0	*	8,9		
Actes pratiqués	Pas de péridurale	1,7		8,1	***	
	Césarienne	2,6		12,4	***	
	Épisiotomie	2,1		5,7	**	
	Soins de déchirure	2,1		5,2	*	

Niveau de significativité:

*** Toutes choses égales par ailleurs, statistiquement significatif avec un risque d'erreur inférieur à 1 %;

** Toutes choses égales par ailleurs, statistiquement significatif avec un risque d'erreur compris entre 1 et 5 %;

* Toutes choses égales par ailleurs, statistiquement significatif avec un risque d'erreur compris entre 5 et 10 %.

Lecture: 2,1 % des patientes se sont déclarées plutôt pas ou pas du tout satisfaites de leur suivi de grossesse.

C'est le cas de 7,3 % des femmes qui n'ont pas pu s'inscrire dans la maternité de leur choix. Toutes choses égales par ailleurs, cette différence reste statistiquement significative avec un degré d'erreur inférieur à 1 %.

Champ: France métropolitaine, voir encadré 4.**Sources:** Enquête sur les usagères des maternités, DREES, 2006.

■ ÉVOLUTION DES CARACTÉRISTIQUES DES FEMMES À L'ACCOUCHEMENT : L'APPORT DES ENQUÊTES PÉRINATALES ET DE L'ENQUÊTE CONFIDENTIELLE SUR LES MORTS MATERNELLES

Les caractéristiques des femmes enceintes, la surveillance de la grossesse et la prise en charge de l'accouchement ainsi que la santé des nouveau-nés sont décrits régulièrement dans les enquêtes nationales périnatales (ENP) [Vilain, 2005]. Elles permettent de décrire la population des femmes enceintes, correspondant en majorité à des accouchements et grossesses à bas risque (encadré 5). Ce panorama, bien qu'indispensable, n'englobe pas les complications obstétricales ou la morbidité maternelle sévère. Ces deux enjeux de santé publique sont moins étudiés en raison de la rareté de leur survenue et des problèmes méthodologiques que pose leur observation.

ENCADRÉ 5

Méthodologie de l'enquête nationale périnatale

Les enquêtes nationales périnatales sur la morbidité et les pratiques médicales font partie des plans Périnatalité de 1994 et 2004, définis par le ministère chargé de la santé. Elles ont lieu à intervalles réguliers, tous les trois à cinq ans (1995, 1998 et 2003). Elles recueillent, sur un échantillon représentatif des naissances, des informations sur l'état de santé, les soins périnatals et les facteurs de risque associés à une mauvaise situation sanitaire environnant la naissance.

Comme en 1995 et 1998, l'enquête 2003 portait sur tous les enfants français nés vivants ou mort-nés une semaine donnée dans les maternités publiques et privées, à condition que la naissance soit arrivée après au moins 22 semaines d'aménorrhée et que l'enfant (ou le fœtus) pèse au moins 500 grammes. En cas de naissance multiple, chaque enfant répondant à cette définition a été pris en compte. Au total, l'échantillon a inclus 15378 enfants, dont 14737 enfants nés en métropole et 641 dans les départements d'outre-mer (DOM). Compte tenu des naissances multiples, l'échantillon a porté sur 15 108 femmes, dont 14 482 en métropole et 626 dans les DOM.

Pour chaque femme, les informations relatives à l'accouchement et à l'état de santé de l'enfant à la naissance ont été collectées à partir des dossiers médicaux. Ces mères ont par ailleurs été interrogées avant leur sortie de la maternité, sauf si l'enfant était mort-né ou s'il s'agissait d'une interruption médicale de grossesse.

Les questions portaient sur les caractéristiques sociodémographiques des parents, les modalités et délai de survenue de la grossesse, la surveillance prénatale et les dépistages réalisés, l'accessibilité de la maternité, l'accouchement, l'état de santé des enfants et les transferts. En 2003, une fiche supplémentaire a été remplie par chacun des 616 établissements enquêtés.

L'enquête a été réalisée avec la participation de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), de chacun des départements par l'intermédiaire des services de protection maternelle et infantile (PMI) ou parfois des directions départementales et régionales des affaires sociales (DDASS et DRASS), de la Direction générale de la santé (DGS), qui a financé une partie de cette enquête, et de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES).

Une évolution vers plus de grossesses à risques ?

Avant l'application du dernier plan périnatal, une synthèse [Blondel, 2008] avait présenté les grandes évolutions des caractéristiques de la population des femmes enceintes : en un peu moins de dix ans (de 1995 à 2003), l'âge moyen à la maternité a augmenté (de 28,9 en 1995 à 29,5 en 2003) et la part des femmes de 35 ans ou plus représentent actuellement 15,9 % des mères contre 12,5 % antérieurement⁶. Soixante-six pour cent des femmes déclarent exercer un emploi, pendant leur grossesse. Le tabagisme des femmes a légèrement diminué, mais demeure notable puisque 36 % des femmes déclarent fumer avant la grossesse et 22 % au 3^e trimestre [Vilain, 2005].

Le nombre moyen de consultations prénatales est resté stable, neuf en moyenne, tandis que l'hospitalisation prénatale a légèrement diminué (de 19,9 % à 18,6 %). Quatre-vingts pour cent des femmes disent avoir subi un dépistage sanguin du risque de trisomie (elles étaient 66 % en 1998) et 11,4 % des femmes ont eu un prélèvement cytogénétique et généralement une amniocentèse (10,8 %).

Trente-six pour cent des femmes accouchent dans des établissements où plus de 2 000 accouchements sont réalisés annuellement et 75 % bénéficient d'une anesthésie loco-régionale.

Une femme sur cinq accouche par césarienne, source potentielle de complications lors des accouchements ultérieurs

La proportion des accouchements par césarienne continue d'augmenter (20,2 % des naissances, contre 17,5 % en 1998). Cette tendance est particulièrement marquée chez les primipares (23,3 % contre 19,6 % en 1998, 10,8 % en 1981). Ce résultat est préoccupant car les accouchements par césarienne pénalisent les accouchements ultérieurs. Par contre, la proportion ne bouge pas chez les multipares avec antécédents de césarienne (64 %).

6. L'âge de 35 ans est souvent choisi comme limite, plusieurs études scientifiques ayant montré son rôle de seuil dans l'effet péjoratif pour la santé des femmes. Si la relation entre l'âge à la maternité et les complications progresse de façon continue, cette limite demeure remarquable, en termes de capacité de fécondité, de séquelles chirurgicales plus ou moins invalidantes ultérieurement ou de complications maternelles sévères voire létales [Khosrood B., 2008].

Il nous semble important de nous arrêter sur l'augmentation croissante de ce mode d'accouchement que certains n'hésitent pas à qualifier « d'épidémique » [Rozenberg, 2003], car l'acte en lui-même n'est pas sans danger pour les femmes.

Dans la plupart des pays développés, la proportion des naissances par césarienne a augmenté continuellement au cours des dernières décennies. En France, comme ailleurs, il est vraisemblable que cette augmentation correspond à une pratique plus fréquente des césariennes avec peu ou pas d'indications médicales claires, certains professionnels allant jusqu'à proposer la césarienne comme 1^{er} choix possible de mode d'accouchement pour une femme dont la grossesse s'est déroulée normalement. Le débat sur les risques et les bénéfices de l'accouchement par césarienne n'est pas clos. L'Organisation mondiale de la santé considère un taux de 10 % comme optimal, compte tenu des indications maternelles ou fœtales qui la justifient en théorie (WHO, 1985). Une étude récente a été menée afin d'estimer le risque de mortalité maternelle du *post-partum* associé à l'accouchement par césarienne, par rapport à la voie vaginale [Deneux-Tharaux, 2006]. Bien que le décès maternel soit devenu très rare en France, il s'agit d'un événement tragique et le sur-risque de mortalité maternelle lié à la césarienne doit peser dans la balance bénéfices-risques. L'enquête cas-témoins a sélectionné les décès maternels, identifiés dans l'enquête confidentielle sur les morts maternelles pendant la période 1996-2000 (non associés à une naissance multiple, une pathologie présente avant l'accouchement ou à l'hospitalisation de la femme pendant la grossesse : 65 cas) afin de les comparer aux témoins issus de l'enquête nationale périnatale (10 244 femmes). Après ajustement sur les facteurs de confusion potentiels et minimisation du biais d'indication, le risque de décès maternel du *post-partum* était multiplié par trois et demi après césarienne – que la césarienne soit réalisée avant ou au cours du travail – par rapport à la voie vaginale. L'analyse conduite sur les naissances à terme amène à des résultats similaires. La césarienne est associée à une augmentation du risque de décès maternel du *post-partum* par accident thrombo-embolique veineux, infection puerpérale et accident anesthésique.

Par conséquent, l'excès de risque de mortalité maternelle *per et post-partum* lié à la césarienne doit absolument être pris en compte, parmi d'autres paramètres, lors du choix de la voie d'accouchement.

Cinquante à cent femmes décèdent chaque année en France durant leur grossesse ou des suites d'accouchement

Toujours à l'opposé des grossesses à bas risque, se situent les complications obstétricales qui menacent le pronostic maternel. En ce domaine, les études sont nettement moins nombreuses, en dehors de la surveillance des décès maternels. Depuis août 2004, la mortalité maternelle⁷ a été retenue parmi les indicateurs de surveillance de l'état de santé en France (voir fiche 21 sur la mortalité maternelle). L'objectif est d'atteindre un taux inférieur à cinq décès pour 100 000 naissances en 2008. Auparavant, un dispositif renforcé de surveillance de la mortalité maternelle avait été créé, à partir du certificat médical de décès et d'une enquête confidentielle avec Comité d'experts [Bouvier-Colle, 2007]. Au moment où l'étude des événements indésirables graves, en milieu hospitalier, se généralise, la mort maternelle reste considérée comme un événement de ce type car il constitue un signal d'alarme d'un éventuel dysfonctionnement dans l'organisation des soins. Les décès maternels sont sous-estimés par la statistique nationale des causes médicales de décès même si l'enregistrement de décès maternel s'améliore depuis une dizaine d'années [Bouvier-Colle, 1991 et 2004]. Le taux officiel de sept décès maternels pour 100 000 naissances vivantes en 2003-2004 serait vraisemblablement de l'ordre de neuf pour 100 000 après correction. Plus des trois-quarts des morts maternelles se produisent en unités de réanimation ou de soins intensifs car les femmes y ont été orientées au décours de complications lorsque celles-ci sont survenues en maternité. Une faible proportion de décès se produit en dehors de toute structure de soins, en raison d'une survenue brutale et rapidement évolutive (accident thrombo-embolique à domicile, par exemple). Analysés systématiquement par le comité national d'experts sur la mortalité maternelle, plus de la moitié des décès ont été jugés « évitables » car les complications obstétricales n'avaient pas bénéficié de soins optimaux à une ou plusieurs étapes de leur prise en charge. Il existe plusieurs facteurs de risques à ces complications obstétricales : avoir plus de 35 ans (quatre à cinq fois plus de risques de mortalité que pour les 20-24 ans), être de nationalité non européenne et accoucher par césarienne. Il est intéressant d'analyser les raisons du sur-risque associé à la nationalité, dans le souci d'améliorer l'égalité d'accès aux soins [Philibert, 2008]. Après prise en compte de l'âge, la parité, l'activité professionnelle, l'état matrimonial et l'hospitalisation en cours de gros-

7. La mort maternelle est « le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelle qu'en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle ni fortuite ». Les morts maternelles se répartissent en deux groupes : « Décès par cause obstétricale directe : ce sont ceux qui résultent de complications obstétricales (grossesse, travail et suites de couches), d'interventions, d'omissions, d'un traitement incorrect ou d'un enchaînement d'événements résultant de l'un quelconque des facteurs ci-dessus ». « Décès par cause obstétricale indirecte : ce sont ceux qui résultent d'une maladie préexistante ou d'une affection apparue au cours de la grossesse sans qu'elle soit due à des causes obstétricales directes, mais qui a été aggravée par les effets physiologiques de la grossesse ». OMS, Classification internationale des maladies (CIM10).

sesse, le risque de décès maternel est deux fois plus important pour l'ensemble des femmes non européennes mais est multiplié par 5,5 pour les femmes de nationalité d'Afrique subsaharienne, et par 3,3 pour les femmes des pays d'Asie et d'Amérique. Le sur-risque de mortalité est prononcé pour les complications de l'hypertension et les infections, moindre pour les hémorragies et les causes obstétricales indirectes et équivalent pour les embolies amniotiques et les thrombo-embolies. Les soins des femmes étrangères sont plus souvent jugés moins optimaux que ceux des Françaises (78 % contre 57 %). Ces données suggèrent que des marges de manœuvre existent encore pour renforcer les soins maternels et les rendre plus efficaces dans certaines populations, même si l'on peut se féliciter que les femmes immigrées bénéficient le plus souvent d'un meilleur niveau de soins que celui qu'elles connaissent dans leur pays d'origine.

Entre ces deux extrêmes – grossesse à bas risque et décès maternel – des recherches sont à développer sur les situations intermédiaires de morbidité maternelle sévère. Quels sont les facteurs qui permettraient de prévenir les crises d'éclampsie ou les hémorragies du post-partum immédiat ? Quelle serait la meilleure organisation pour optimiser les soins intensifs ou de réanimation lorsqu'une mère se trouve dans un état critique ? Faudrait-il créer des lits de soins intensifs dans les maternités ou prévoir au contraire des systèmes de transfert maternel plus performants ? Ces questions se posent encore.

Des études hospitalières sont en cours sur les hémorragies du post-partum (HPP), première cause de mort maternelle en France, afin de mieux en connaître la prévalence et les facteurs de risque, et d'évaluer précisément ce qui fait défaut dans leur prise en charge, aux vues des recommandations de pratiques cliniques définies sur la base d'études scientifiques récentes (recommandations du CNGOF, 2004). Les premiers résultats acquis dans les études épidémiologiques ont ainsi montré que des failles subsistent dans la prise en charge : des lacunes et des retards sont observés aussi bien dans la prévention de l'HPP par la délivrance dirigée que dans la réalisation des gestes recommandés, en cas d'aggravation des HPP [Dreyfus, 2008]. Un projet multi-réseaux de soins périnataux [Pithagore 6] annonce par un essai randomisé quelles sont les méthodes efficaces de modification des pratiques professionnelles ; cette étude est en cours d'analyse et les résultats seront connus dans quelques mois. Nul doute que leurs résultats serviront à préciser comment faire évoluer les pratiques obstétricales et, *in fine*, améliorer la santé des femmes. Car de grands progrès sont à faire et les enseignements issus de cette étude seront très importants pour dresser des plans d'amélioration des soins obstétricaux. D'autres pathologies maternelles comptant une proportion élevée de décès « évitables », sont à prendre en considération en relation avec la voie d'accouchement et le transfert en SRU-SI.

■ DISPARITÉS SOCIALES ET SURVEILLANCE DE GROSSESSE

Dans le champ de la santé périnatale, la précarité et la pauvreté apparaissent particulièrement associées à des suivis médiocres, voire inexistant, de grossesse⁸. Une étude sur les disparités sociales et la surveillance des grossesses, publiée au début de l'année 2007, complète les premiers résultats de l'enquête nationale périnatale 2003 (encadré 5), en analysant plus finement la surveillance prénatale des mères selon leur catégorie socioprofessionnelle, leur situation au regard de l'emploi, leur nationalité, leur âge [Scheidegger, 2007]. Elle permet ainsi de caractériser les femmes dont la grossesse a été moins bien suivie.

Les déclarations de grossesse hors délai renvoient à des situations de fragilité

Les femmes qui ont déclaré leur grossesse hors du délai légal (15 semaines d'aménorrhée) se caractérisent notamment par le fait de vivre, seule, leur situation de fragilité par rapport à l'emploi et leur nationalité. Ainsi, la part des femmes qui ont déclaré tardivement leur grossesse est quatre fois plus élevée chez celles qui vivent seules que chez celles qui vivent en couple. 8,5 % des femmes au chômage et des inactives ont déclaré leur grossesse au 2^e ou 3^e trimestre, contre seulement 2,5 % des femmes ayant un emploi. De même, 4 % seulement des Françaises ont déclaré leur grossesse au 2^e ou 3^e trimestre en 2003 (3,4 % en 1995), alors que ce retard concerne 10 % des femmes ayant la nationalité d'un pays d'Afrique du Nord (9,9 % en 1995) et 21 % d'un pays d'Afrique subsaharienne (13,9 % en 1995).

Le recours à un gynécologue ou un obstétricien libéral pour déclarer la grossesse concerne davantage les cadres (64 % des cadres ou des femmes sans profession dont le conjoint est cadre, contre 29 % des ouvrières non qualifiées ou femmes sans profession dont le conjoint est ouvrier non qualifié). Les médecins des services de protection maternelle et infantile (PMI) sont quant à eux davantage sollicités par des femmes ayant la nationalité d'un pays africain (11 % de femmes d'Afrique subsaharienne contre 1 % des Françaises).

8. Voir les travaux du groupe d'experts, réunis par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) dans le cadre de la procédure d'expertise collective pour répondre aux questions posées par l'Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé (OPEPS) concernant les déficiences et handicaps d'origine périnatale (4 juin 2004).

Un nombre insuffisant de visites prénatales apparaît étroitement corrélé au fait de ne pas avoir été scolarisée

Pour une grossesse simple évoluant jusqu'à son terme (37 semaines d'aménorrhée), le nombre d'examens prénatals est fixé à sept par la réglementation. Pourtant, 6 % des femmes ayant déclaré leur grossesse au 1^{er} trimestre ont eu moins de sept visites prénatales (tableau 3). En incluant les grossesses déclarées au 2^e et 3^e trimestre, cette proportion atteint 7,6 %, un niveau relativement stable par rapport à celui de 1998 (8,4 %).

En termes de niveau d'études, il apparaît que 23,8 % des femmes non scolarisées n'ont pas effectué les sept visites prénatales, contre 4,4 % de celles qui ont atteint un niveau d'études supérieur au bac. Par ailleurs, 19 % des femmes sans profession et dont l'éventuel conjoint est sans profession ont eu moins de sept visites, contre seulement 5 % des femmes cadres ou « femmes de cadres ». Cela concerne également 8,5 % des femmes au foyer, contre seulement 4,6 % des femmes ayant un emploi. Pour leur premier enfant, la part des femmes qui n'ont pas bénéficié des sept consultations prénatales est seulement de 4,8 %, mais cette proportion atteint 5,8 % au deuxième enfant, 7 % au troisième, 8 % au quatrième et 11,9 % au-delà.

Les femmes non diplômées et de nationalité étrangère ont un moins bon suivi échographique

Concernant les échographies de dépistage pour les grossesses sans facteur de risque et d'évolution normale, trois examens sont actuellement conseillés et remboursés. Bien que ces trois examens soient systématiquement proposés à la femme enceinte, ils ne revêtent pas de caractère obligatoire au regard de la réglementation. L'enquête montre en 2003, que 97,7 % des femmes ayant accouché à terme ont eu trois échographies au moins, contre 96,7 % en 1998 et 90,6 % en 1995. La part des femmes n'ayant pas effectué trois échographies au moins est donc de plus en plus faible.

Toutes choses égales par ailleurs, ne pas avoir été scolarisée ou avoir arrêté ses études en primaire, avoir une nationalité extra-européenne, attendre son troisième enfant ou plus ou vivre seule sont les facteurs le plus souvent associés à un nombre insuffisant d'échographies. À l'inverse, le fait d'avoir un niveau d'études supérieur au bac augmente les chances d'avoir bénéficié d'au moins trois échographies. Ainsi, 14 % des femmes non scolarisées ont eu moins de trois échographies, contre 0,4 % de celles ayant un niveau d'études supérieur ou égal au bac. 7,4 % des femmes d'Afrique subsaharienne ont eu moins de trois échographies, alors que cela ne concerne que 0,9 % des Françaises. En outre, 2,7 % des femmes attendant un troisième enfant ou plus ont eu moins de trois échographies, contre 0,7 % seulement des femmes attendant leur premier enfant. C'est également le cas de 3 % des femmes vivant seules, contre seulement 1,1 % des femmes vivant en couple. Enfin, 0,6 % seulement des professions intermédiaires (1,1 % des cadres) ont eu moins de trois examens aux ultrasons, contre 7,8 % des femmes sans profession et dont l'éventuel conjoint est sans profession.

La mesure de la clarté nucale du fœtus :

18 % des femmes interrogées ignorent si cet examen a été pratiqué

Si 90 % des femmes cadres ou « femmes de cadres » et 88 % des professions intermédiaires savent qu'elles ont bénéficié d'une mesure de clarté nucale, elles ne sont que 59 % parmi les ouvrières non qualifiées ou « femmes d'ouvriers non qualifiés » et 49 % parmi les femmes sans profession et dont l'éventuel conjoint est sans profession. Le type de revenus fait également apparaître des disparités : 27 % des femmes dont les revenus du couple proviennent d'aides publiques déclarent ne pas savoir si elles ont bénéficié de cet examen, contre seulement 17 % des femmes dont les revenus sont issus d'une activité professionnelle. Un tiers des femmes au foyer ignorent si l'examen a été réalisé, contre seulement 13 % des femmes qui ont un emploi.

Cela concerne aussi 30 % des femmes qui vivent seules, contre 17 % de celles qui vivent en couple et 39 % des femmes d'Afrique du Nord (36 % d'Afrique subsaharienne), contre seulement 16 % des Françaises. Enfin, les 3 % de femmes qui disent ne pas avoir eu de mesure de la clarté nucale, pour cause de consultation trop tardive ou pour une autre raison, sont trois fois plus souvent des femmes sans profession que des cadres (10 % contre 3 %).

Le dépistage sanguin du risque de trisomie 21 :

16 % des femmes sans profession ignorent s'il a été réalisé

Au total, 80 % des femmes disent avoir bénéficié de ce dosage sanguin (68 % en 1998, un an après l'introduction de cet examen), 16,6 % disent ne pas l'avoir eu et 3,4 %, ne pas savoir s'il leur a été proposé. Les femmes qui déclarent ne pas avoir bénéficié d'un dépistage sanguin du risque de trisomie 21 invoquent plusieurs explications. 4 % précisent qu'il ne leur a pas été proposé (12 % des femmes sans profession et dont l'éventuel conjoint est sans profession, contre seulement 2 % des cadres ou « femmes de cadres » ou 3 % des professions intermédiaires). 6,1 % des femmes disent l'avoir refusé, notamment les cadres (8,8 %). 3,1 % expliquent que la consultation a eu lieu trop tardivement pour ce dosage et enfin, 2,3 % qu'une amniocentèse a été réalisée d'emblée (dans

80 % des cas, ces femmes ont plus de 38 ans et dans 87 % des cas plus de 35 ans). Par ailleurs, le fait de ne pas savoir si cet examen a été réalisé apparaît lié à la catégorie socioprofessionnelle : 16 % des femmes sans profession et dont l'éventuel conjoint est sans profession et 9 % des ouvrières ou « femmes d'ouvriers » sont concernées, mais seulement 1 % des femmes cadres (ou « femmes de cadres ») ou des professions intermédiaires. Cette situation touche aussi 20 % des femmes d'Afrique du Nord et subsaharienne, contre seulement 2 % des Françaises et enfin, 8 % des femmes vivant seules contre 3 % des femmes vivant en couple.

Tableau 3 • Visites prénatales et échographies – Probabilités (odds ratio) selon les caractéristiques individuelles des femmes

Probabilités d'avoir eu (odds ratio) moins de 7 visites prénatales	... moins de 3 échographies	Probabilités d'avoir eu (odds ratio) moins de 7 visites prénatales	... moins de 3 échographies
Âge			Niveau d'étude		
Moins de 20 ans	ns		Non scolarisée	3,8	3,5
20 à 24 ans	1,3		Primaire	ns	2,5
25 à 29 ans	1,3		Secondaire	réf	réf
30 à 34 ans	réf		Bac ou plus	0,7	ns
35 à 39 ans	1,4		Activité		
40 ans et plus	ns		Emploi	réf	
Nationalité			Au foyer	1,4	
France		réf	Étudiante	ns	
Europe		ns	Chômage	ns	
Afrique du nord		2,4	Autre	ns	
Afrique autres pays		4,3	Profession*		
Autres nationalités		5,1	Agriculteur	ns	ns
Situation de famille			Artisan	ns	ns
Vie en couple		réf	Cadre	ns	ns
Pas vie de couple		1,8	Profession intermédiaire	réf	réf
Rang de la naissance			Employé	ns	ns
Rang 1	réf	réf	Ouvrier non qualifié	ns	ns
Rang 2	1,3	ns	Ouvrier qualifié	ns	ns
Rang 3	1,4	2,6	Sans profession	2,3	ns
Rang 4 et plus	1,7	3,2	Services	ns	0,4

* Si la femme est sans profession ou de profession inconnue, c'est celle du conjoint qui est précisée.

Champ : Femmes en métropole, naissances à terme et grossesse déclarée au premier trimestre.

Sources : Enquête nationale périnatale 2003.

CONCLUSION

Le bilan de la santé des femmes dans le domaine périnatal, apparaît donc globalement bon, mais il manque aujourd'hui parfois de lisibilité dans les détails, car des inégalités sociales existent, des décès maternels pourraient être évités et certaines prises en charge améliorées. Ces aspects ne sont pas très connus et ils ne semblent pas avoir d'impact sur la satisfaction générale des parturientes qui est grande, sauf quand il y a eu interventions obstétricales ; ce doit être une alerte. Est-ce qu'après la réalisation du plan, la sécurité et l'humanité, seront meilleures et assurées plus largement à toutes celles qui en auront besoin ? Ces questions restent en suspens. Mieux connaître les femmes qui ne sont pas satisfaites du suivi de leur grossesse ou de leur accouchement afin de comprendre leurs besoins spécifiques et d'améliorer les conditions de leur prise en charge est nécessaire. Renouveler les évaluations du système de soins, afin de ne pas perdre de vue les objectifs, est une obligation.

Références

- 2004, « Recommandations pour la pratique clinique : hémorragies du *post-partum* immédiat », *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 33 : 4S1-4S136
- 2008, « Naître en France », *Actualité et dossier en santé publique (ADSP)*, 61-62 : 17-98.

- Baubeau D., Morais S., Ruffié A., 1999, « Les maternités de 1975 à 1996 : un processus de restructuration sur longue période », *Études et Résultats*, DREES, n° 21, juillet.
- Blondel B., Zeitlin J., 2008, « Quelles évolutions autour des naissances en France ? », *Actualité et dossier en santé publique (ADSP)*, 61-62 : 18-21.
- Bouvier-Colle M.-H., 2007, « Épidémiologie de la mortalité maternelle en France, fréquence et caractéristiques. », *Réanimation*, 16 : 358-65.
- Bouvier-Colle M.-H. *et al*, 1991, « Mortalité maternelle en France. Fréquence et raisons de sa sous-estimation dans la statistique des causes médicales de décès », *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 20 : 885-891.
- Bouvier-Colle M.-H. *et al*, 2004, « Nouvelle estimation de la mortalité maternelle en France », *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 33 : 421-9.
- Buisson G., 2003, « Le réseau des maternités entre 1996 et 2000. Un mouvement de réorientation des grossesses à risques, avec de fortes disparités régionales », *Études et Résultats*, DREES, n° 225, mars.
- Collet M., 2008, « Satisfaction des usagères des maternités à l'égard du suivi de grossesse et du déroulement de l'accouchement », *DREES, Études et Résultats*, n° 660, septembre.
- Deneux-Tharaux C., Carmona E., Bouvier-Colle M.-H., Bréart G., 2006, « Accouchement par césarienne et mortalité maternelle du *post-partum* », *Bull Epidemiol Hebd*, 50 : 400-2.
- Dreyfus M., Lefèvre P., Brucato S., Mayaud A., Morello R. *et al*, 2008, « Évaluation de la mise en place d'une prise en charge régionale des hémorragies du *post-partum* par un audit des cas graves : étude avant-après (2002-2005) », in 38^{es} journées nationales Société française de médecine périnatale, Strasbourg, sous presse.
- Héran F., Pison G., 2007, « Deux enfants par femme dans la France de 2006 : la faute aux immigrées ? », *Population et sociétés*, INED, n° 432, mars.
- Koshnood B., Bouvier-Colle M.-H., Blondel B., 2008, « Impact de l'âge maternel élevé sur la fertilité, la santé de la mère et la santé de l'enfant », *J Gynecol Obstet Biol reprod*, 37-8 : 733-47.
- Leridon H., Slama R., 2008, « The impact of a decline in fecundity and of pregnancy postponement on final number of children and demand for assisted reproduction technology », *Hum Reprod*, 6 : 1312-9.
- Philibert M., Deneux-Tharaux C., Bouvier-Colle M.-H., 2008, « Can excess maternal mortality among women of foreign nationality be explained by suboptimal obstetric care? », *Br J Obstet Gynaecol*, 115-11 : 1411-8.
- Pison G., 2008, « La population de la France en 2007 », *Population et Sociétés*, INED, n° 443, mars.
- Pla A., 2008, « Bilan démographique 2007 », *INSEE Première*, n° 1170, janvier.
- Puech F., 2008, « Le plan de Périnatalité 2005-2007 », *Actualité et dossier en santé publique (ADSP)*, 61-62 : 17-98.
- Rozenberg P., Ville Y., 2003, « Once a Cesarean section, always a Cesarean section: back to the future? », *Ultrasound Obstet gynecol*, 21 : 103-5.
- Rumeau-Rouquette C., 2001, *Bien naître : la périnatalité entre espoir et désenchantement*, Paris, EDK, 213 p.
- Scheidegger S., Vilain A., 2007, « Disparités sociales et surveillance de grossesse », *Études et Résultats*, DREES, n° 552, janvier.
- Vilain A., De Peretti C., Herbet J.-B., Blondel B., 2005, « La situation périnatale en France en 2003 — Premiers résultats de l'Enquête nationale périnatale », Synthèse effectuée à partir de l'analyse et du rapport réalisés par Blondel B., Supernant K., du Mazaubrun C. et Bréart G. (INSERM U149), *Études et Résultats*, DREES, n° 383, février.
- World Health Organization (WHO), 1985, « Appropriate technology for birth », *Lancet*; 2 : 436-7.
- Zwart J.J., Richters J.M., Öry F., de Vries J.P., Bloemenkamp K.W.M., van Roosmalen J., 2008, « Severe maternal morbidity during pregnancy, delivery and puerperium in the Netherlands: a nationwide population-based study of 371 000 pregnancies », *Br J Obstet Gynaecol*, 115 : 842-50.

Sexualité, contraception, prévention et rapports de genre

Nathalie BAJOS (INSERM-INED U822)

Ce texte présente une synthèse de publications récentes des chercheurs de l'équipe « Genre, santé sexuelle et reproductive » de l'unité mixte INSERM-INED U822.

Il s'appuie sur les données de l'enquête de 2006 sur le contexte de la sexualité en France (CSF), sur celles de l'enquête COCON¹ (2000-2004) sur la contraception et l'avortement, sur les données du baromètre Santé 2004 et celles de l'enquête IVG (2007).

Pour l'OMS, la santé sexuelle et reproductive se réfère non seulement à l'absence de dysfonctions, de maladies ou de problèmes de santé liés à la sexualité (infertilité, avortement, infection sexuellement transmissible (IST), etc.) mais d'une manière plus générale à un processus continu de bien-être physique, psychologique et socioculturel associé à la sexualité [OMS, 2004]. On est ainsi passé en quelques décennies d'une analyse centrée sur la santé des femmes en tant que mères, à une perspective s'intéressant aux femmes et aux hommes impliqués dans le processus de reproduction, puis à une approche globale de la sexualité et des risques qui lui sont associés [Bonnet et Guillaume, 2004 ; Hart et Wellings, 2002 ; Giami, 2002]. Le concept de «santé sexuelle et reproductive» est aujourd'hui utilisé pour orienter les programmes de planification familiale, de prévention et de prise en charge des IST et du VIH, des violences sexuelles, des dysfonctions sexuelles et des maladies de l'appareil génital.

Ainsi défini, le champ est extrêmement vaste ; cet article présente quelques enjeux contemporains de santé sexuelle et reproductive en France qui renvoient à la pratique contraceptive, au recours à l'interruption volontaire de grossesse, à la prévention des IST en général et à l'infection à VIH en particulier. Ne sont donc pas abordés d'autres problèmes de santé publique comme les violences sexuelles (présentées en page... dans cet ouvrage), les troubles de la sexualité, le recours au test de dépistage de l'infection à VIH, ou des questions plus générales comme l'impact de l'épidémie de sida sur la sexualité. Sur ces différentes questions et d'autres encore, le lecteur pourra se référer à la bibliographie. La discussion des résultats s'inscrit dans l'approche théorique des rapports sociaux de sexe, ou rapports de genre. Dans cette perspective, cet article abordera tout d'abord les grandes caractéristiques du contexte de la sexualité en France dans lequel s'inscrivent aujourd'hui ces questions de santé sexuelle et reproductive.

■ LE CONTEXTE DE LA SEXUALITÉ EN FRANCE

Au cours de ces dernières décennies, de nombreux changements ont affecté la société française et ont concouru à redessiner le contexte d'exercice de la sexualité.

Une amélioration du statut social des femmes

En premier lieu, l'amélioration du statut social des femmes, liée à l'essor remarquable des scolarités féminines et à leur entrée massive sur le marché du travail, a contribué à augmenter nettement leur autonomie vis-à-vis des hommes [Ferrand, 2004]. Depuis les années 1970, un élément de cette autonomie des femmes est le contrôle croissant qu'elles exercent sur la procréation (contraception moderne et recours à l'IVG), qui a transformé profondément leurs aspirations et leurs expériences en matière de sexualité [Bajos et Ferrand, 2004]. En second lieu, les trajectoires affectives et conjugales se sont diversifiées. Les femmes comme les hommes connaissent aujourd'hui de plus en plus d'alternances de vie seul-e-s et en union affective ou conjugale [Bozon, 2002]. La diversification des expériences contribue à élargir l'éventail des scénarios de relations sexuelles et à redessiner les frontières entre la jeunesse et l'âge adulte clairement séparés autrefois par le mariage [Bajos et Bozon, 2008].

Des disparités sociales socio-économiques grandissantes

Ces dernières décennies ont aussi été marquées par une précarisation croissante, sociale et économique de certains groupes sociaux. C'est le cas, en particulier des femmes touchées par le chômage et les difficultés de la vie quotidienne, notamment lorsqu'elles élèvent seules des enfants, ou des jeunes issus de l'immigration. Ce processus de précarisation oppose encore plus nettement l'ensemble des personnes qui bénéficient des progrès économiques, médicaux et culturels de celles et ceux qui n'y ont qu'un accès limité [Castel, 2003].

1. Cohorte, contraception.

Féminisation et précarisation de l'épidémie d'infection à VIH

Enfin, l'irruption de l'épidémie d'infection à VIH, à transmission majoritairement sexuelle, a bouleversé les représentations des risques liés à la sexualité et sans conteste les pratiques préventives, notamment au moment de l'entrée dans la sexualité [Bajos, Bozon *et al.*, 2008]. Les campagnes de prévention mises en œuvre dès 1987 ont ainsi indéniablement contribué à modifier les conditions d'exercice de la sexualité, comme en atteste l'augmentation continue du recours au préservatif, notamment lors du premier rapport sexuel [Lydié et Leon, 2006 ; Beltzer et Bajos, 2008]. La question de la protection contre les IST et le VIH se retrouve ainsi placée au cœur de la négociation [Giarni et Spencer, 2004] et des rapports de pouvoir entre les femmes et les hommes [Bajos *et al.*, 2008].

L'épidémie de sida touche de plus en plus les femmes et les populations précarisées socialement et économiquement [InVS, 2007], et les personnes qui cumulent vulnérabilités sociales, économiques et affectives sont confrontées à plus de difficultés dans la gestion des risques liés à la sexualité [Bajos et Picheler, 2008].

ENCADRÉ 1

L'enquête Contexte de la sexualité en France

Enquêtes antérieures. L'enquête sur le Contexte de la sexualité en France est la troisième enquête nationale sur les comportements sexuels en France après l'*enquête Simon*¹ réalisée en 1970 auprès de 2 600 personnes et l'enquête « Analyse des comportements sexuels en France » (ACSF) menée en 1992 auprès de 20 000 personnes, sous la responsabilité d'Alfred Spira et la coordination de Nathalie Bajos.

Les objectifs de l'Enquête. L'objectif principal de l'enquête est de recueillir des données permettant de caractériser le contexte de la sexualité en France. Elle s'inscrit dans une perspective large en appréhendant les trois composantes de la sexualité que sont les actes, les relations et les significations tant au niveau des trajectoires individuelles que du contexte social.

La méthodologie. L'enquête CSF s'appuie sur le protocole mis au point dans l'enquête ACSF de 1992. Afin de disposer de données suffisantes pour les différents groupes de population (appartenance sociale et activité sexuelle), elle a porté sur un échantillon probabiliste de 12 364 personnes âgées de 18 à 69 ans interrogées par téléphone entre septembre 2005 et mars 2006. Les enquêtés ont répondu à un questionnaire d'une durée moyenne de 50 minutes.

Le questionnaire. Parmi les thèmes abordés dans le questionnaire figurent : les caractéristiques sociales et démographiques des personnes enquêtées et de leur(s) partenaire(s) ; les conditions de vie ; les problèmes de santé chroniques ; les opinions et les représentations sur la sexualité ; la socialisation à l'adolescence ; l'entrée dans la sexualité ; la biographie affective entre le premier rapport et la mise en couple ; les ruptures survenues dans les cinq dernières années ; le nombre de partenaires dans la vie et dans les périodes récentes ; les pratiques sexuelles expérimentées ; les caractéristiques du dernier rapport sexuel ; les rapports sexuels imposés ; les troubles de la sexualité et les infections sexuellement transmissibles.

Pour permettre une fiabilité des réponses, l'anonymat de l'enquête était précisé dans la lettre annonce puis expliqué par l'enquêteur au moment de l'appel téléphonique. Les enquêtés étaient aussi avisés par la lettre annonce qu'il s'agissait d'une enquête scientifique qui visait, à terme, de mieux définir la prévention.

Cette enquête a été réalisée sous la responsabilité scientifique de Nathalie Bajos et Michel Bozon, et coordonnée par Nathalie Beltzer, par une équipe de chercheurs en sociologie, démographie, épidémiologie, et psychosociologie

Sources : *Enquête sur la sexualité en France*, sous la direction de Nathalie Bajos et Michel Bozon, Paris, La Découverte, 2008. Synthèse réalisée à partir des éléments de l'introduction et du chapitre 1 de l'ouvrage.

1. Simon P., Gondouneau G., Mironer L., Dourlen-Rollier A.-M., 1972, *Rapport sur le comportement sexuel des Français*, Julliard et Charron.

Une sexualité féminine de plus en plus diversifiée...

Les résultats de l'enquête Contexte de la sexualité en France (CSF) [encadré 1] montrent que les déclarations des femmes se sont sensiblement rapprochées de celles des hommes, quel que soit l'indicateur considéré. Ainsi en France, dans les années 1950, un écart de deux ans séparait l'âge à la première relation sexuelle des femmes et des hommes, alors qu'il n'est plus de quelques mois aujourd'hui (17,2 ans pour les hommes et 17,6 ans pour les femmes). De même, les données de l'enquête CSF témoignent d'une augmentation du nombre de partenaires sexuels déclarés pour les femmes au fil des enquêtes (1,8 en 1970² ; 3,3 en 1992³ ; 4,4 en 2006) alors que ce nombre est stable pour les hommes au cours du temps (11,8 en 1970 ; 11,0 en 1992 ; 11,6 en 2006). En particulier, les pourcentages de personnes qui indiquent avoir eu des rapports avec un partenaire du même sexe sont aujourd'hui les mêmes pour les femmes et les hommes : 4,0 % des femmes et 4,1 % des hommes de 18 à 69 ans contre 2,6 % et 4,1 % respectivement dans l'enquête de 1992. Enfin, une autre modification importante survenue ces dernières années est la prolongation de l'activité sexuelle des femmes bien au-delà de 50 ans : dans l'enquête Simon de 1970, les femmes en couple de plus de 50 ans étaient 53 % à déclarer une activité sexuelle dans les 12 derniers mois, elles étaient 77 % dans l'enquête de 1992 et sont près

2. Les données pour 1970 sont issues de l'enquête Simon.

3. Les données pour 1992 sont extraites de l'enquête Analyse des comportements sexuels en France (ACSF).

de 90 % aujourd'hui. La proportion des hommes en couple de plus de 50 ans qui déclarent une activité sexuelle s'est également accrue, mais beaucoup moins depuis l'enquête de 1992.

...mais des représentations sociales de la sexualité qui reposent sur le postulat des différences biologiques des hommes et des femmes en matière de besoins sexuels

Cette évolution sensible des déclarations des femmes vers une sexualité de plus en plus déconnectée de ses enjeux strictement reproductifs est à mettre en perspective avec l'évolution de leur statut social au cours de ces dernières décennies. Mais il faut souligner que, dans le même temps, les représentations sociales de la sexualité évoluent peu et continuent de se structurer autour d'un clivage qui oppose une sexualité féminine, majoritairement envisagée dans un cadre affectif et conjugal, à une sexualité masculine qui renvoie à des besoins sexuels considérés comme « naturels et physiologiques ». Ainsi, 73 % des femmes et 59 % des hommes adhèrent à l'idée selon laquelle « par nature, les hommes ont plus de besoins sexuels que les femmes ». Une telle croyance n'est pas sans effet sur l'exercice quotidien de la sexualité, notamment dans l'acceptation de rapports sexuels non souhaités. Ces divergences s'inscrivent dans une perspective différentialiste qui voit dans la biologie la cause essentielle des différences hommes/femmes en matière de sexualité. Cette représentation prend souvent la forme d'une psychologie qui se fonde sur le caractère supposé déterminant des différences biologiques.

Dans un tel contexte, de nouvelles tensions se font jour entre pratiques et représentations qui ne sont pas sans effet sur les aptitudes des femmes à adopter des conduites préventives. Plus précisément, les résultats de l'enquête CSF montrent que les femmes adhèrent d'autant plus à une vision différentialiste de la sexualité que celles-ci se trouvent en situation de tension normale, c'est-à-dire lorsque leurs représentations égalitaires relatives au travail et au partage des tâches se heurtent à des pratiques inégalitaires dans ces mêmes sphères [Bajos *et al.*, 2008]. Comme si la croyance en des différences incommensurables entre hommes et femmes dans le champ de la sexualité permettait finalement de faire accepter les inégalités entre femmes et hommes qui restent encore très marquées dans les différentes sphères sociales (pouvoir, travail, famille) [Maruani, 2005].

En tout état de cause, cette dichotomie dans les représentations de la sexualité féminine et masculine, qui fonctionne comme norme de comportement, peut conduire les femmes à une plus grande vulnérabilité dans la négociation de pratiques préventives, en particulier lorsqu'elles vivent une sexualité qui ne s'inscrit pas dans un cadre conjugal.

■ CONTRACEPTION ET RECOURS À L'IVG : LE PARADOXE CONTRACEPTIF

Une hausse du recours aux méthodes contraceptives modernes réversibles concomitante à une stabilité des interruptions volontaires de grossesse

Le processus de médicalisation de la contraception entamé dès sa légalisation⁴ (encadré 2) s'est prolongé dans les années 2000, conduisant les Françaises à occuper une des premières places mondiales en ce qui concerne l'utilisation de méthodes médicales réversibles de contraception telles que la pilule et le stérilet [Bajos *et al.*, 2004 ; Moreau *et al.*, 2008]. Parallèlement à la diffusion massive de ces méthodes modernes réversibles, les taux d'IVG restent relativement stables depuis le milieu des années 1980 [Rossier et Pirus, 2007] et une légère augmentation est enregistrée depuis quelques années chez les moins de 25 ans [Vilain, 2008]. Avec un taux d'IVG proche de 15‰, le recours à l'IVG en France se situe parmi les plus élevés d'Europe occidentale (il est deux fois supérieur à celui des Pays-Bas). Cette situation, qui peut sembler de prime abord paradoxale, résulte en fait 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 [Bajos *et al.*, 2004]). 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 » [Bajos et Ferrand, 2006]. Ainsi, la stabilité des taux globaux d'IVG masque deux processus opposés.

4. Loi Neuwirth du 28 décembre 1967 libéralisant la contraception en France.

ENCADRÉ 2

Les lois clés du xx^e siècle en matière de contraception

Dès la fin du xx^e siècle naissent en France des mouvements ouvriers et féministes qui s'intéressent et se mobilisent en faveur de la contraception face à l'État, qui mène une politique nataliste, et à l'Église. Plusieurs lois vont se succéder au cours du xx^e siècle.

1920 : Une Loi est votée en France le 31 juillet 1920 qui stipule que l'avortement est strictement interdit et passible de la cour d'Assises. La contraception est également passible d'une amende, voire d'une peine de prison. Toute information diffusée sur le sujet peut également aboutir à une pénalité. Le gouvernement espère ainsi augmenter le taux de natalité, au détriment de la condition féminine.

1967 : En décembre 1967 est promulguée la Loi Neuwirth qui abroge la loi de 1920 et libéralise la contraception. L'objectif de cette loi est de réduire le nombre d'avortements clandestins et de faciliter l'accès aux contraceptifs. La loi autorise la contraception, mais celle-ci n'est pas remboursée par la Sécurité sociale et la publicité en reste interdite sauf dans les revues médicales. L'avortement reste interdit et passible de poursuites judiciaires.

1974 : Une nouvelle loi vient compléter la loi Neuwirth. Désormais, la contraception est libéralisée et remboursée par la Sécurité sociale. Cette nouvelle loi permet la délivrance sur prescription médicale des contraceptifs hormonaux et intra-utérins, autorise la vente de contraceptifs aux mineures sans l'accord parental, ainsi que la délivrance à titre gratuit et sur prescription médicale de contraceptifs aux mineures désirant garder le secret. Enfin, elle libéralise la publicité sur les contraceptifs.

1975 : Promulgation le 17 janvier de la loi Veil qui dépénalise l'interruption volontaire de grossesse (IVG) en France. L'IVG est autorisé dans les dix premières semaines de grossesse. Il s'agit d'un texte provisoire voté pour 5 ans, reconduit à titre définitif en 1979.

2001 : La loi du 4 juillet relative à la contraception et à l'IVG porte de 10 à 12 semaines de grossesse le délai de recours à l'IVG. Par ailleurs, les mineures peuvent dorénavant avoir accès à l'IVG sans autorisation parentale. Le caractère obligatoire de la consultation psychosociale préalable est supprimé pour les femmes majeures, mais maintenu pour les mineures. D'autre part, la loi du 4 juillet 2001 prévoit la possibilité de pratiquer des IVG en médecine ambulatoire (IVG médicamenteuse).

2004 : Un décret est voté qui autorise l'IVG médicamenteuse en dehors des structures hospitalières. Par ailleurs, la loi relative à la politique de santé publique autorise les sages-femmes à prescrire une contraception hormonale dans des circonstances précises : post-abortum, suites de couches et lors de l'examen post-natal.

Des interruptions volontaires de grossesse qui surviennent majoritairement dans le cadre d'une sexualité protégée

Les données du baromètre Santé 2005 [Moreau *et al.*, 2008] montrent que les femmes concernées par une grossesse non prévue décident dans leur très grande majorité d'utiliser un moyen pour éviter une grossesse. Seules 3 % d'entre elles n'utilisent aucune méthode. La plupart des femmes qui ont recours à la contraception (86 %) rapportent avoir recours à une méthode médicale telle que la pilule, le stérilet, l'implant ou la stérilisation tubaire (tableau 1). Avec 57 % d'utilisatrices, la pilule est en 2005 la méthode la plus utilisée en France et ce, quel que soit l'âge, avec une exception toutefois pour le groupe des femmes âgées de plus de 45 ans qui déclarent plus souvent avoir un stérilet. C'est parmi les jeunes femmes de 20 à 24 ans qu'est enregistrée la fréquence maximale de recours à la pilule contraceptive (88 %). Son utilisation décline à partir de 35 ans (42 % contre 73 % avant 35 ans), au profit d'une augmentation du recours au stérilet. Ce dernier occupe la seconde place des méthodes contraceptives (24 %) mais le recours à cette méthode reste toutefois marginal avant 30 ans (4 %) progressant rapidement ensuite (de 22 % pour les 30-34 ans à 38 % pour les 35-54 ans). De même, l'usage du stérilet est fortement associé à la parité⁵, puisque celui-ci n'est utilisé que par 2 % des femmes se déclarant sans enfant, contre 34 % parmi celles qui en ont déjà. Enfin, l'implant qui fait son apparition en 2005 ne concerne que 1 % des répondantes. Le recours à une méthode liée à l'acte sexuel concerne 14 % des femmes interrogées, le préservatif représentant 80 % de cette catégorie. L'usage du préservatif dépend avant tout de l'âge ; il est maximum entre 15 et 19 ans (20 %). Le recours aux méthodes traditionnelles : méthode du calendrier, Ogino ou *coitus interruptus* concerne encore 3 % des femmes, avec une fréquence plus marquée aux âges élevés (4 % parmi les 45-54 ans). Une très large majorité des utilisatrices des méthodes liées à l'acte (94 %) déclarent utiliser leur méthode « systématiquement » : seules 4 % des utilisatrices du préservatif et 3 % de celles ayant recours aux méthodes traditionnelles indiquent ne pas utiliser systématiquement ces méthodes. Enfin, si la pratique contraceptive par grandes catégories de méthodes (pilule, stérilet, etc.) n'est plus socialement différenciée en 2000, un déplacement des disparités s'est opéré ces dernières années et elles portent aujourd'hui sur le type de pilule utilisée, les femmes des milieux sociaux les plus favorisés ayant davantage recours aux pilules non remboursées de troisième génération. Ces différences d'utilisation du type de contraception orale ne semblent toutefois pas générer de conséquence en termes de tolérance [Moreau *et al.*, 2007].

5. La parité correspond au nombre d'enfants nés vivants d'une femme. Une femme est dite nullipare tant qu'elle n'a pas accouché, primipare à partir du premier accouchement et multipare à partir du second (INED, *Lexique*).

Tableau 1 • Pratiques contraceptives chez les femmes, en 2005, déclarant utiliser systématiquement ou non, un moyen pour éviter une grossesse, selon l'âge En %

	Ensemble	15-19 ans	20-24 ans	25-34 ans	35-44 ans	45-54 ans
<i>Effectifs</i>	6 055	367	610	2 026	2 068	984
Contraception médicalisée	85,8	79,6	89,8	85,8	87,2	83,0
Pilule (3 472)	57,4	78,8	87,8	66,8	46,5	33,1
Stérilet (1 443)	24,8	0,0	1,1	16,9	36,5	41,8
Implant (78)	1,3	0,8	0,9	1,8	1,4	0,3
Stérilisation (126)	2,3	0,0	0,0	0,2	2,7	7,8
Contraception non médicalisée	14,2	20,4	10,2	14,2	12,8	17,0
Préservatif (764)	11,4	20,1	9,7	11,4	9,7	12,5
Méthodes locales ou naturelles (172)	2,8	0,2	0,5	2,8	3,1	4,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Champ : Femmes sexuellement actives dans les 12 derniers mois, non stériles, n'attendant ou ne cherchant pas à avoir un enfant, ayant un partenaire au moment de l'enquête.

Sources : Enquête baromètre Santé 2005, [Moreau *et al.*, 2008].

Un tiers des grossesses ne sont pas planifiées

En dépit de cette couverture contraceptive fortement médicalisée en France, une grossesse sur trois est toujours qualifiée de non prévue par les femmes, dont les deux tiers surviennent sous contraception (30 % sous contraception médicalisée) [Bajos *et al.*, 2003 ; Régnier et Leridon, 2008]. Ces résultats font référence à l'écart entre efficacité théorique et pratique des méthodes contraceptives, un écart qui s'explique en particulier par des différences d'observance [Moreau *et al.*, 2006] ou encore par des arrêts (souvent temporaires) ou changements contraceptifs précoces. Cette dernière observation renvoie à la notion de « situation à risque » correspondant à un moment de fragilité dans des parcours contraceptifs par ailleurs très médicalisés.

Une démarche contraceptive parfois difficile à entreprendre

Parmi les facteurs qui permettent de rendre compte de la survenue d'échecs de contraception, le manque d'informations ou de connaissances apparaît surtout marqué chez les très jeunes femmes. Mais, c'est surtout la non-reconnaissance sociale de la sexualité des jeunes dans certains 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 des adultes (les parents, un frère aîné) ne dévoile une sexualité qui reste socialement proscrite dans son milieu. Une telle situation concerne des méthodes de contraception comme la pilule ou les préservatifs mais ne s'applique pas à des méthodes « invisibles » comme le stérilet.

Des enjeux en matière de contraception liés à la diversité des parcours conjugaux

Un autre enjeu essentiel est celui de l'adaptation des méthodes de contraception aux conditions de vie sociales, affectives et sexuelles des femmes. La norme contraceptive prône l'utilisation du préservatif en début de vie sexuelle (et de nouvelles relations), le passage à la pilule dès que la vie sexuelle est censée se stabiliser, puis au stérilet lorsque la femme a eu le nombre d'enfants souhaité. Ce modèle contraceptif apparaît toujours très prégnant en France, comme en attestent les données présentées sur les pratiques contraceptives. Or, la vie sexuelle des femmes est de plus en plus diversifiée et les méthodes proposées par les professionnels de santé ne sont pas nécessairement les mieux adaptées à leurs situations de vie. Ainsi, la pilule est plus souvent oubliée lorsque la vie sexuelle est irrégulière (ce qui arrive aussi dans les couples dits stables) ou lorsque les horaires de vie varient en raison des conditions de travail. Le stérilet dont l'efficacité est supérieure à celle de la pilule, pourrait tout à fait être utilisé par des femmes jeunes, même lorsqu'elles n'ont pas eu d'enfants. Malgré cela, les données montrent que cette méthode est aujourd'hui encore réservée aux femmes plus âgées, qui ont déjà eu des enfants. La récente campagne nationale sur la contraception (2007) s'est justement fixée comme objectif une plus grande souplesse dans les pratiques contraceptives et il faudra attendre les prochaines enquêtes pour voir si elles ont effectivement évolué. Le recours à une méthode de contraception résulte toutefois de l'interaction qui s'opère entre les attentes des femmes et les pratiques des médecins. Il paraît donc important que les praticiens soient aussi mieux formés dans ce domaine et reçoivent les mêmes informations que celles données aux femmes.

Bien qu'en augmentation, le recours à la contraception d'urgence reste limité

Le recours à la contraception d'urgence pourrait constituer une solution de « rattrapage » efficace en cas de prise de risque. Il apparaît cependant encore limité aujourd'hui, même si une augmentation importante du recours à cette méthode a été enregistrée au cours des cinq dernières années. Ainsi, parmi les femmes âgées de 15 à 54 ans ayant déjà eu des rapports sexuels, 8 % déclarent en 2000 avoir eu recours à cette méthode dans leur vie, elles sont 14 % à le déclarer en 2005. 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 au début de l'année 2005 [Moreau *et al.*, 2008]. L'analyse des trajectoires contraceptives des femmes qui y ont recours montre par ailleurs que son utilisation ne constitue pas un frein à une contraception régulière efficace [Moreau *et al.*, 2008]. Nombre d'échecs ne pourront toutefois être palliés par le recours à la contraception d'urgence car les femmes (ou leurs partenaires) n'ont pas toujours conscience de s'être exposées à une grossesse non prévue.

Sur dix grossesses non prévues, six seront interrompues

Dans le domaine de la contraception comme dans d'autres, le risque zéro n'existe pas. La grande majorité des femmes et des hommes auront plusieurs milliers de rapports sexuels dans leur vie et la protection systématique et efficace de tous les rapports potentiellement féconds est un objectif irréaliste. Mais donner aux femmes et aux hommes les moyens d'utiliser les méthodes de contraception qui leur conviennent pourrait contribuer à réduire les situations d'échecs de contraception.

En cas de grossesse non prévue, 60 % des femmes ont recours à une interruption volontaire de grossesse [Bajos *et al.*, 2004]. Les logiques décisionnelles sont très différentes selon les phases du cycle de vie, mais la stabilité de la relation affective semble presque toujours constituer une dimension fondamentale [Shivo *et al.*, 2003]. Au-delà du contexte relationnel, les enjeux professionnels contribuent aussi à construire le rapport à la maternité ou à la décision d'avorter. La minimisation des enjeux professionnels dans la décision d'avorter dès lors que les femmes atteignent l'âge socialement valorisé de la maternité atteste de la pérennité des représentations, et des pratiques, en matière de division sexuelle du travail, reproductif pour les unes, productif pour les autres [Bajos *et al.*, 2004].

Enfin, il est important de considérer le recours à l'IVG, non pas dans la perspective d'un événement isolé mais dans le contexte général de l'activité sexuelle, de la pratique contraceptive, de la survenue d'une grossesse non prévue et la réalisation de l'acte. Cette approche permet de mieux éclairer les disparités sociodémographiques du recours à l'IVG en identifiant à quelles étapes du processus les différentiels s'opèrent. Ainsi par exemple, les femmes les plus diplômées connaissent moins d'échecs de contraception mais elles ont davantage recours à l'IVG en cas de grossesses non prévues [Rossier *et al.*, 2007].

On estime qu'environ 40 % des femmes auront recours à l'IVG au cours de leur vie [Bajos *et al.* 2004]. Une enquête réalisée par le ministère de la Santé sur les recours à l'interruption volontaire de grossesse en 2007 permettra de disposer d'informations à la fois sur les établissements et les praticiens (médecins, sage-femmes) et sur les IVG, du point de vue du praticien et des femmes concernées (encadré 3).

L'enquête IVG est une première du genre dans la mesure où elle produit des données ponctuelles sur le parcours des femmes ayant accès à une IVG, qu'elle soit médicamenteuse ou chirurgicale. Un intérêt tout particulier sera porté aux IVG médicamenteuses ainsi qu'aux IVG concernant les mineures.

■ SEXUALITÉ ET PRÉVENTION DES IST

Alors que les campagnes d'information sur la prévention de l'infection à VIH et sur la contraception sont élaborées de manière distincte, femmes et hommes gèrent de manière simultanée les différents risques liés à une activité sexuelle et ce, dès les premières relations sexuelles.

Une conception différente de l'entrée dans la sexualité chez les femmes et les hommes

Un des changements majeurs survenus ces dernières décennies est sans conteste l'homogénéisation des expériences féminines et masculines d'entrée dans la sexualité. Pour autant, cet événement particulier qu'est le tout premier rapport sexuel continue de revêtir un sens différent pour les deux sexes : tandis que les femmes vivent cette expérience comme un engagement affectif, il représente davantage pour les hommes une simple étape de la jeunesse [Bozon, 2002, 2008]. Dès le premier rapport sexuel, les femmes et les hommes affichent des conceptions différentes des risques contraceptifs et préventifs, même parmi les générations les plus jeunes (tableau 2).

ENCADRÉ 3

L'enquête IVG 2007 (DREES)

La DREES a organisé en 2007 une enquête auprès de 13 000 femmes de 15 à 50 ans ayant eu recours à une interruption volontaire de grossesse (IVG) au cours de la période d'enquête¹. Les structures d'accueil et les praticiens ont aussi été interrogés afin de décrire, non seulement les caractéristiques sociodémographiques des femmes, mais surtout leur parcours de soins ainsi que les conditions d'accès et de prise en charge. Une attention particulière a été portée aux IVG réalisées auprès de mineures de même qu'aux IVG médicamenteuses réalisées en cabinet par des praticiens ayant signé une convention avec un établissement de santé réalisant des IVG. Les analyses sont en cours.

Cette enquête permettra d'avoir un aperçu des recours et des pratiques différenciés en matière d'IVG, avec le point de vue de la femme et/ou du praticien, selon la méthode (médicamenteuse/chirurgicale), le lieu (en cabinet de ville ou en établissement hospitalier), les délais entre la découverte de la grossesse et le premier rendez-vous médical. Un intérêt tout particulier sera porté aux circonstances des échecs contraceptifs. De même, les spécificités des femmes mineures et très jeunes donneront également lieu à une analyse approfondie.

D'ores et déjà, le premier volet concernant les structures a été exploité : les premiers éléments laissent apparaître des structures rarement spécialisées, un fonctionnement globalement conforme aux recommandations mais perfectible en ce qui concerne l'accompagnement psychologique, le fonctionnement en réseau et une collaboration ville-hôpital assez peu fréquente.

Moins d'un service IVG sur 10 est consacré uniquement à l'IVG

Les structures réalisant des IVG sont rarement spécialisées: moins de 10% d'entre elles disposent d'un service IVG spécifique. En outre, elles sont de plus en plus concentrées dans les plus gros établissements, en secteur public principalement, avec des délais d'attente qui augmentent selon l'activité moyenne de l'établissement. Le personnel intervenant dans la prise en charge des IVG est moins nombreux (au regard des actes réalisés) dans les plus grosses structures mais davantage de gynécologues que de sages-femmes y exercent.

L'organisation de la prise en charge dépend largement de l'activité de la structure

Neuf structures sur dix déclarent avoir la possibilité de prendre en charge les mineures sans consentement parental, les IVG tardives et les femmes sans couverture sociale, alors que la capacité de prise en charge des grossesses de plus de 12 semaines n'atteint pas six structures sur dix. La visite de contrôle est systématiquement proposée aux femmes après une IVG chirurgicale (80%) et dans le cas d'une IVG médicamenteuse (96%), alors que la part de femmes qui sont revenues pour cette visite n'atteint pas 50%.

Les entretiens psychologiques sont rarement proposés de manière systématique

L'entretien psychologique pré-IVG n'est proposé systématiquement aux femmes que dans 33% des établissements, contre seulement 16% pour l'entretien psychosocial post-IVG.

Le partenariat des services avec d'autres organismes ou réseaux spécialisés est loin d'être généralisé

Le fonctionnement en réseau ne paraît pas très généralisé: moins d'une structure sur cinq déclare travailler en partenariat avec la permanence régionale téléphonique d'information relative à l'IVG, même si des relations formelles ou informelles existent avec un centre de planification familiale ou une autre structure dans près d'un cas sur deux.

En 2007, 36% des structures enquêtées ont établi des conventions avec des praticiens libéraux pour la réalisation d'IVG médicamenteuses en ville.

1. L'enquête a concerné toutes les IVG ayant eu lieu dans les établissements enquêtés du 17 avril au 14 mai 2007 et toutes les IVG concernant des mineures ou des IVG médicamenteuses en ville du 15 mai au 11 juin 2007. Des extensions de la durée de l'enquête à 24 semaines ont permis à certaines régions (Réunion et Guadeloupe) d'avoir des données représentatives au niveau local. D'autres régions (Nord-Pas-de-Calais, Centre, Midi-Pyrénées, Provence-Alpes-Côte d'Azur, et le département du Rhône) ont obtenu des données représentatives en étendant le nombre de structure enquêtées pendant huit semaines.

Tableau 2 • Femmes et hommes déclarant avoir parlé de contraception ou d'IST avant le premier rapport selon l'âge au moment de l'enquête En %

	18-19 ans	20-24 ans	25-34 ans	35-39 ans	40-49 ans	50-59 ans	60-69 ans	Total
Chez les femmes (effectifs)	158	561	1 660	1 125	728	741	629	5 602
IST et contraception	44,1	37,1	32,5	18,4	10,3	3,5	2,3	16,3
Contraception seulement	26,1	26,0	28,9	39,9	36,0	20,5	14,1	27,5
IST seulement	2,6	7,6	7,0	3,4	3,0	1,4	1,4	3,7
Aucun des deux	27,1	29,2	31,6	38,3	50,7	74,6	82,2	52,6
Seuil de signification	p < 0,01							
Chez les hommes (effectifs)	157	488	1 330	916	609	532	419	4 451
IST et contraception	29,0	28,3	22,3	12,3	5,4	3,1	1,0	11,4
Contraception seulement	19,9	22,0	23,2	31,0	30,7	21,2	11,7	23,4
IST seulement	10,5	9,4	6,3	3,8	1,6	1,5	2,0	3,8
Aucun des deux	40,6	40,3	48,3	52,9	62,2	74,2	85,4	61,4
Seuil de signification	p < 0,01							

Champ : Femmes et hommes ayant eu un premier rapport avec une personne de sexe opposé.

Sources : Enquête CSF 2006, INSERM-INED, Beltzer et Bajos, 2008.

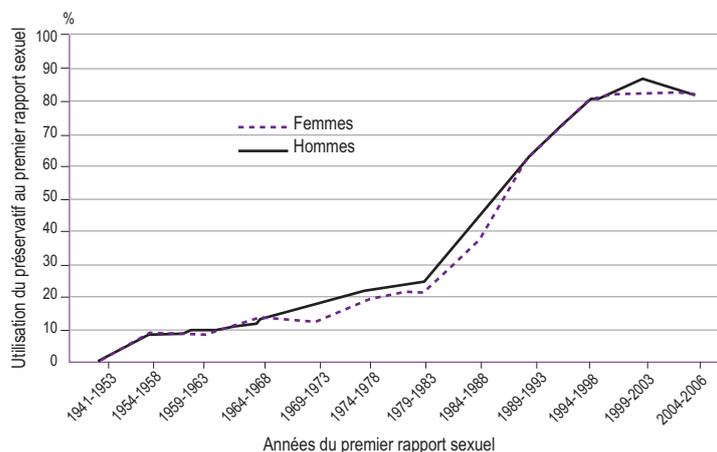
Recueil d'informations auprès des professionnels de santé et discussions au sein du couple : des initiatives essentiellement féminines en matière de prévention

Alors même que les risques d'IST concernent les hommes et les femmes de toutes générations, ces dernières abordent davantage cette question que leurs partenaires. Pour la contraception où les conséquences diffèrent pour les femmes, ce sont elles aussi qui la prennent en charge, ce qui semble à tester que les femmes sont toujours perçues, et se perçoivent, comme les « gardiennes du temple de la santé sexuelle et reproductive ». Leurs visites plus régulières chez les professionnels de santé dans le cadre du suivi gynécologique participent de cette différenciation des rôles sociaux.

Une diffusion massive du recours aux préservatifs

L'évolution du recours au préservatif au cours de ces dernières années apparaît tout à fait spectaculaire et témoigne de l'efficacité des campagnes de prévention, même si un seuil semble avoir été atteint depuis les années 2000, surtout chez les femmes (graphique 1). Ainsi, près de 90 % des femmes et des hommes utilisent aujourd'hui un préservatif lors de leur premier rapport.

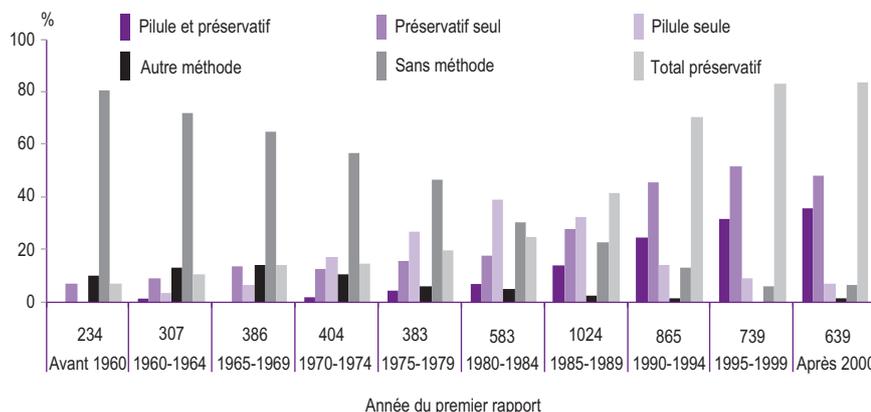
Graphique 1 • Femmes et hommes déclarant avoir utilisé le préservatif au premier rapport sexuel selon l'année de ce premier rapport



Sources : Enquête CSF 2006, INSERM-INED.

Le préservatif a d'abord été adopté dans les milieux sociaux les plus favorisés [Toulemon, 1995], puis il a été plus largement diffusé lors des premières campagnes sida, à la fin des années 1980. Cette diffusion résulte en partie d'une augmentation de l'utilisation conjointe de la pilule et du préservatif mais également de l'utilisation exclusive du préservatif en remplacement de l'utilisation de la pilule auparavant (graphique 2).

Graphique 2 • Évolution de l'utilisation du préservatif et de la pilule lors du premier rapport sexuel selon l'année de ce premier rapport



Sources : Enquête CSF 2006, INSERM-INED [Beltzer et Bajos, 2008].

La question de la double protection pilule-préservatif est débattue depuis plusieurs années [Berer, 2006]. Certains pays, comme les Pays-Bas, ont choisi de promouvoir un tel modèle de protection dès les premières relations sexuelles. Ce modèle pilule-préservatif permet de pallier les échecs du préservatif, dont on sait qu'ils sont plus nombreux en début de vie sexuelle [Fu et al., 1999]. Mais, cette double protection peut aussi suggérer que le préservatif n'étant pas vraiment efficace comme méthode de contraception, il ne l'est pas non plus comme méthode de prévention des IST et du VIH.

Le préservatif, la norme contraceptive et préventive lors des premières relations sexuelles

Il semble bien que lors des premiers rapports sexuels, les jeunes s'approprient la spécificité préventive (VIH et IST) du préservatif, promu lors des campagnes de prévention, dans une perspective plus globale de santé sexuelle et reproductive. Pour autant, les significations de son usage ont aussi évolué au fil du temps. Si le préservatif est devenu un code d'entrée dans la sexualité, ce n'est pas uniquement un passeport sanitaire mais aussi un code relationnel. Le recours à ce moyen de prévention est probablement devenu une façon de gérer l'incertitude qui prévaut en début de relation, plus forte aujourd'hui en raison de la dissociation entre le premier partenaire et la vie de couple. Cette perspective permet d'éclairer l'abandon de son usage dès lors que les partenaires se sentent en confiance, et ce, même si l'enjeu préventif subsiste. Il faut souligner que les conditions de l'arrêt d'utilisation du préservatif au profit d'une autre méthode de contraception restent largement méconnues. Elles sont d'autant plus importantes à explorer que la hausse récente des taux d'IVG chez les moins de 25 ans pourrait traduire, en partie, un relais contraceptif qui s'opère dans de mauvaises conditions.

Si l'on déplace le regard des pratiques adoptées au premier rapport vers celles des autres moments de la vie sexuelle, les résultats de l'enquête CSF de 2006 soulignent la persistance de prises de risques fréquentes, plus particulièrement chez les femmes et lorsque les personnes ont plusieurs partenaires. Elles sont encore nombreuses, dans de telles circonstances, à ne jamais utiliser de préservatifs [Beltzer et Bajos, 2008]. De plus, l'utilisation de la pilule reste associée à une moindre utilisation du préservatif, comme c'était déjà le cas lors du premier rapport sexuel. Les enjeux préventifs et contraceptifs restent étroitement imbriqués tout au long des trajectoires sexuelles.

Globalement, le paysage préventif reste marqué, vingt ans après le début de l'épidémie, par de siégales inégalités sociales. Inégalité entre femmes et hommes tout d'abord, les femmes ayant toujours plus de difficultés à faire admettre l'utilisation du préservatif, notamment lorsqu'elles vivent une sexualité qui s'écarte du modèle socialement valorisé d'une sexualité féminine conjugalo-affective. C'est notamment le cas lorsqu'elles sont confrontées à une séparation d'avec un partenaire qu'elles qualifient d'important dans leur vie. Inégalités de classe ensuite, comme en atteste la moindre propension des personnes les moins diplômées à utiliser des préservatifs au premier rapport sexuel ou à se faire dépister pour une IST. Ces inégalités révèlent sans doute une plus grande distance sociale à l'égard du discours préventif, voire des difficultés financières. Inégalités générationnelles encore, les personnes de plus de 35 ans, qui ont aujourd'hui davantage de partenaires une fois passée la phase de la jeunesse, sont moins à même que les plus jeunes d'utiliser des préservatifs lorsqu'elles commencent une nouvelle relation. Il faut souligner que ces personnes n'ont pas utilisé de préservatif lors de leurs premières relations sexuelles pour une grande majorité d'entre elles et qu'en outre, les campagnes de prévention ciblent prioritairement les plus jeunes. Inégalités de pratiques sexuelles enfin, les femmes, vivant une sexualité homo et bisexuelle, ont plus de difficultés à s'engager dans une démarche préventive. Les femmes qui ont des relations homosexuelles apparaissent comme les oubliées de la recherche en santé publique et des politiques de prévention [Bajos et Paicheler, 2008]. Certes, le risque de transmission du virus VIH est extrêmement faible dans le cadre de rapports sexuels entre deux femmes, mais les femmes ayant des rapports homosexuels ont aussi des partenaires masculins et elles ont un risque d'IST bien supérieur à celui des femmes hétérosexuelles [Warzawski et Goulet, 2008].

CONCLUSION

Le contexte de la sexualité en France s'est sensiblement modifié au cours de ces dernières années. Si les pratiques sexuelles des femmes et des hommes apparaissent de plus en plus proches, du fait de l'évolution du statut social des femmes, les inégalités de sexe restent marquées dans le champ de la sexualité. Ces inégalités révèlent et légitiment celles qui prévalent toujours dans les différentes sphères sociales, qu'il s'agisse des responsabilités politiques et publiques, de la sphère du travail en général ou de la sphère domestique. Elles marquent un rapport spécifique des femmes et des hommes à la sexualité et à la prévention dont les politiques doivent tenir compte. Une analyse récente des actions de prévention du VIH a permis d'établir que les plus efficaces étaient celles qui visaient à modifier les déterminants sociaux des pratiques sexuelles et préventives [Wellings et al., 2006]. C'est dire les limites des actions politiques en matière de santé sexuelle et reproductive qui visent uniquement à modifier le niveau d'information de la population, les représentations sociales de la sexualité, et qui appréhendent les comportements individuels, sans tenir compte de leur ancrage social en général et des inégalités de sexe en particulier.

Références

- **Bajos N., Bozon M., Beltzer N.**, 2008, «Sexualité, prévention et rapports sociaux de sexe au cours de la vie», *Médecines sciences*, 24 (suppl. 2) : 24-32, mars.
- **Bajos N., Bozon M.**, 2008, «Sexualité, genre et santé : les apports de l'enquête Contexte de la sexualité en France », in **Bajos N., Bozon M.** (dir), *L'enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé*, La Découverte, p. 579-601.
- **Bajos N., Ferrand M., Andro A.**, 2008, «La sexualité à l'épreuve de l'égalité», in **Bajos N., Bozon M.** (dir), *L'enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé*, La Découverte, p. 545-577.
- **Bajos N., Leridon H., Job-Spira N.**, 2004, «Contraception and Abortion in France in the 2000s », *Population-E*, 59 (3-4) : 347-56.
- **Bajos N., Moreau C., Leridon H., Ferrand M.**, 2004, «Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans? », *Population et Sociétés*, 407 : 1-4 (*Bull Epidemiol Hebd*, 9 10 : 38-40).
- **Bajos N., Paicheler G.**, 2008, «Femmes et sida : regards croisés en sciences sociales », *Médecines sciences*, 24 (2) : 5-6.
- **Bajos N., Ferrand M.**, 2006, « L'interruption volontaire de grossesse et la recomposition de la norme procréative », *Sociétés Contemporaines*, 61 : 18-46.
- **Bajos N., Ferrand M.**, 2004, «La contraception: levier réel ou symbolique de la domination masculine? », *Sciences sociales et Santé*, 22 (3) : 117-140.
- **Beltzer N., Bajos N.**, 2008, «De la contraception à la prévention: les enjeux de la négociation aux différentes étapes des trajectoires affectives et sexuelles », in **Bajos N., Bozon M.** (dir), *L'enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé*, La Découverte, p. 437-459.
- **Berer M.**, 2006, «Dual Protection : More Needed than Practised or Understood », *Reproductive Health Matters*, 14 (28) : 162-170.
- **Bonnet D., Guillaume A.**, 2004, «La santé de la reproduction : une émergence des droits individuels », in **Guillaume A., Khat M.** (ed.), *Santé et droits de la reproduction au temps du Sida*, Les collections du Ceped, 11-32.
- **Bozon M.**, 2002, *Sociologie de la sexualité*, Nathan.
- **Bozon M.**, 2008, «Premier rapport sexuel, première relation: des passages attendus », in **Bajos N., Bozon M.** (dir), *L'enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé*, La Découverte, p. 117-147.
- **Castel R.**, 2003, *L'Insécurité sociale: qu'est-ce qu'être protégé ?*, Le Seuil.
- **Ferrand M.**, 2004, *Féminin, Masculin*, La Découverte.
- **Fu H., Darroch J.E., Haas T., Ranjit N.**, 1999, «Contraceptive failure rates: new estimates from the 1995 National Survey of Family Growth », *Fam Plann Perspect*, 31 (2) : 56-63, mars-avril.
- **Giami A.**, 2002, «Sexual health: the emergence, development and diversity of a concept », *Annual Review of Sex Research*, vol. XIII : 1- 35.
- **Giami A., Spencer B.**, (2004) «Les objets techniques de la sexualité et l'organisation des rapports de genre dans l'activité sexuelle : contraceptifs oraux, préservatifs et traitement des troubles sexuels », *Revue d'épidémiologie et de Santé Publique*, 52 : 377-87.
- **Hart G., Wellings K.**, 2002, «Sexual behaviour and its medicalisation in sickness and in health », *BMJ*, 324 : 896-900.
- **InVS**, 2007, «Lutte contre le VIH/sida et les infections sexuellement transmissibles en France, 10 ans de surveillance 1996-2005 », InVS, rapport.
- **Jaspard M., l'équipe ENVEFF**, 2003, *Les violences envers les femmes en France. Une enquête nationale*, La Documentation française.
- **Lydié N., Léon C.**, 2006, «Sexualité, IST et dépistage du VIH», in **Guilbert P., Gautier A.** (dir.), *Baromètre Santé 2005 – premiers résultats*, INPES.
- **Maruani M.** (ed.), 2005, *Femmes, genre et sociétés*, La Découverte, «L'état des savoirs», 480 p.
- **Moreau C., Bouyer J., Ducot B., Spira A., Slama R.**, 2008, «When do involuntarily infertile couples choose to seek medical help? » *Fertil Steril*.
- **Moreau C., Trussell J., Gilbert F., Bajos N., Bouyer J.**, 2007, «Oral contraceptive Tolerance. Does the Type of Pill Matter ? », *Obstetrics and Gynecology*, 109 (6) : 1277-1285.
- **Moreau C., Trussell J., Rodriguez G., Bajos N., Bouyer J.**, 2007, «Contraceptive failure rates in France : results from a population-based survey », *Hum Reprod*, 22 (9) : 2422-7.
- **Moreau C., Bouyer J., Gilbert F., Cocon group, Bajos N.**, 2006, «Social, demographic and situational factors associated with inconsistent use of oral contraceptives », *Perspect Sex Reprod Health*, 38 (4) : 190-196.
- **OMS**, 2004, «Sexual Health: a new focus for WHO », *Progress in Reproductive Health Research*, n° 67.
- **Rossier C., Michelot F., Bajos N.**, 2007, «Modeling Abortion as a Process with an Application to French Survey Data », *Studies in Family Planning*, 38 (3) : 163-172.
- **Rossier C., Pirus C.**, 2007, «Évolution du nombre d'interruptions de grossesse en France entre 1976 et 2002 », *INED, Population*, 62 (1) : 57-90.
- **Sihvo S., Bajos N., Ducot B., Kaminski M. and the Cocon Group**, 2003, «Women's life cycle and abortion decision in unintended pregnancies », *Journal of Epidemiology and Community Health Care*, 57 (8) : 601-5.

- **Toulemon L.**, 1995, « La diffusion des préservatifs : contraception et prévention », *Population et Sociétés*, 301.
- **Vilain A.**, 2008, « Les interruptions volontaires de grossesse en 2005 », *Études et Résultats*, DREES, n° 624, février.
- **Warszawski J., Goulet V.**, 2008, « Infections sexuellement transmissibles : des conditions inégales d'accès au dépistage », in **Bajos N., Bozon M.** (dir), *L'enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé*, La Découverte, 462-83.
- **Wellings K., Collumbien M., Slaymaker E., Singh S., Hodges Z., Patel D., Bajos N.**, 2006, « Sexual behaviour in context : a global perspective », *The Lancet*, vol. 368, Issue 9548 : 1706-28.

Violences, santé et événements difficiles : situation comparée des femmes et des hommes

Catherine CAVALIN (DREES)

« La violence constitue l'un des principaux problèmes de santé publique dans le monde » et il convient « de faire de la violence une priorité de la recherche en santé publique ». Le constat établi par l'Organisation mondiale de la santé (OMS)¹ signale le manque de données pour mesurer les violences. C'est dans ce contexte que la DREES a piloté l'enquête statistique Événements de vie et santé (EVS) afin d'établir des liens entre violences subies, état de santé, conditions et parcours de vie pour les 18-75 ans résidant en France métropolitaine (encadré 1). Ce dossier analyse les grandes spécificités des liens entre violences et santé chez les femmes, au regard de celles des hommes. Cette étude comparée porte dans un premier temps sur les caractéristiques des atteintes déclarées par les femmes et les hommes : à quelles violences les femmes sont-elles exposées, relativement aux hommes ? Quels types et quelle intensité des dommages causés par les violences rapportent les femmes, par rapport aux hommes ?

Il s'agit ensuite de comprendre comment s'articulent, au-delà des événements violents et de la santé, les autres événements ou situations vécus, le parcours de vie. Une analyse de données, qui propose une partition de la population des 18-75 ans en sept groupes d'individus présentant des profils distincts en termes de violences, de santé et d'événements de vie, a été réalisée. Cette analyse permet de faire émerger les aspects sur lesquels femmes et hommes se différencient et ceux sur lesquels ils convergent. Elle montre surtout que, pour les femmes comme pour les hommes, les liens entre violences et santé se comprennent dans un contexte de climat familial heurté, de conditions économiques difficiles ou d'épreuves traversées au cours de la vie.

ENCADRÉ 1

L'enquête Événements de vie et santé

L'enquête Événements de vie et santé (EVS) a été menée de novembre 2005 à février 2006 auprès de 10 000 personnes de 18 à 75 ans vivant en France en « ménage ordinaire » (c'est-à-dire la population qui ne vit pas en institution). À la différence de l'enquête nationale sur les violences envers les femmes en France (ENVEFF) [Jaspard *et al.*, 2003], pilotée par l'Institut de démographie de l'université de Paris 1 (IDUP) en 2000 auprès de 7 000 femmes de 20 à 59 ans, le champ d'EVS inclut les hommes. L'objectif est de mieux connaître les phénomènes de violences ressentis et leur implication, notamment en matière de santé. Le questionnaire comprend des questions relatives à la survenue de plusieurs types de violences et des questions permettant de construire différents indicateurs de santé (maladies chroniques, limitations fonctionnelles, accidents, santé perçue, consommation médicale, santé mentale). Des éléments biographiques ont également été recueillis, ainsi que des informations sur les comportements sexuels, la consommation d'alcool et de drogues illicites, ces trois domaines ayant fait l'objet d'une interrogation auto-administrée par ordinateur pour plus de confidentialité et de sincérité, les autres thèmes étant abordés en face-à-face avec un enquêteur.

EVS propose une description concrète de faits dont les 18-75 ans ont pu être victimes, retenus au motif qu'ils constituent autant d'atteintes potentielles à l'intégrité de la personne. Le questionnaire s'efforce de ne pas présupposer en quelque manière leur gravité ou leur qualification en termes de crimes ou de délits.

■ VIOLENCES SUBIES PAR LES FEMMES ET LES HOMMES : CUMULS, PROXIMITÉ ENTRE VICTIMES ET AUTEURS, GRAVITÉ DES ATTEINTES

Les femmes sont surexposées aux violences sexuelles

Les types de violences repérés par l'enquête couvrent d'une part les atteintes aux biens, d'autre part les violences « interpersonnelles »², celles-ci se décomposant en violences verbales, physiques, sexuelles et psychologiques (encadré 2) [Cavalin, 2007].

Les violences les plus fréquentes sont les atteintes aux biens ; 22 % des 18-75 ans y ont fait face au cours des 24 derniers mois et, concernant les violences verbales, 18 % déclarent avoir été exposés à des insultes, des cris, des menaces verbales ou des injures. À l'opposé, les violences à caractère sexuel sont plus rares, en particulier celles qui se rapportent au fait d'avoir subi ou d'avoir été obligé(e) de pratiquer des attouchements sexuels, ou d'avoir subi des rapports sexuels forcés (ou tentatives) : 0,4 % des personnes ont déclaré en avoir été victimes au cours des 24 derniers mois (tableau 1).

1. Rapport mondial sur la violence et la santé, 2002.

2. Adjectif en usage désignant, par opposition aux actes qui portent atteinte aux biens, les violences directement exercées par un agresseur sur sa victime. Certaines agressions peuvent porter atteinte aux biens en même temps que donner lieu à des violences interpersonnelles.

ENCADRÉ 2

« La violence » et les cinq types de violences analysées dans EVS

La notion de violence est complexe, des choix ont été opérés pour lui donner un contenu qui puisse faire sens dans cette enquête. En particulier, l'intentionnalité d'un comportement violent, que le rapport de l'OMS retient tout en la présentant comme très difficile à déceler dans de nombreux actes [Krug *et al.*, 2002, p. 5], a semblé source de trop d'ambiguïtés pour être incluse dans la définition même de la violence mise en œuvre dans EVS. Comme dans l'ENVEFF, les types de situations ou d'événements retenus l'ont été parce qu'ils sont susceptibles de porter atteinte à l'intégrité des personnes, même si (contrairement à l'ENVEFF, cette fois) l'acte lui-même ne touche directement que des biens matériels (par exemple, un vol réalisé en l'absence ou à l'insu de la victime).

Chaque question décrit des situations concrètes, où généralement plusieurs mots permettent de décliner une diversité de cas illustrant une catégorie de violence donnée. En outre, même si le questionnaire d'EVS s'efforce de préjuger le moins possible de la gravité des violences, la notion de violence demeure toujours normative, au-delà de tous les efforts d'objectivité.

Comme les enquêtes de victimation « traditionnelles », le questionnaire d'EVS retient une période de référence récente (pour faciliter la remémoration précise), pour la soumettre à un questionnement détaillé. Ici, sur **les deux années précédant l'enquête**, on recueille des informations sur cinq types de violences :

- atteintes aux biens ;
- violences verbales ;
- violences physiques ;
- violences sexuelles ;
- violences psychologiques.

Chaque type de violence inclut jusqu'à sept catégories d'actes différents (tableau 1). Sur chaque type, ces informations permettent de connaître le détail des circonstances et des conséquences de l'événement survenu (s'il n'y en a qu'un) ou du dernier (s'il y en a plusieurs), ainsi que le comportement de réaction de la victime.

Un questionnement plus rapide, au sens où il se contente de relever l'occurrence éventuelle des violences subies sans en approfondir les circonstances et conséquences, porte ensuite **sur toute la durée de vie écoulée** précédant les deux dernières années.

Les cambriolages, les courriers ou appels téléphoniques malveillants semblent davantage viser un logement, un ménage qu'un individu, femme ou un homme. Inversement, sur les deux années précédant l'enquête, les femmes ont été plus souvent confrontées à des scènes d'exhibitionnisme, des risques de séparation de leurs proches, ou de menaces portant sur ces derniers. Elles subissent en revanche moins de vols (ou de tentatives), de violences physiques ou de refus de discussion de la part d'un tiers.

Pour les violences sexuelles – à touchements, rapports sexuels forcés (ou tentatives) – subies au cours de la vie entière (à l'exception des deux dernières années), les femmes sont plus souvent victimes (11 %) que les hommes (3 %), contre 7 % de l'ensemble des 18-75 ans. Le déroulement temporel des actes subis diffère selon les âges de la vie : plus nombreuses à être touchées que les hommes, les femmes le sont plus jeunes et le restent davantage après 20 ans. Les femmes victimes cumulent aussi plus souvent des attouchements, rapports sexuels forcés (ou tentatives) sur plusieurs périodes de leur vie (tableau 2).

Dossiers • Violences, santé et événements difficiles :
situation comparée des femmes et des hommes

Tableau 1 • Violences subies au cours des deux dernières années, déclarées par les personnes âgées de 18 à 75 ans, selon l'âge et le sexe

En %

	Questions posées sur les deux ans précédant l'entretien	Hommes	Femmes	Ensemble des 18-75 ans
Vols, cambriolages et dégradations de biens	A-t-on volé ou tenté de voler un bien vous appartenant ? Il peut s'agir de vol, avec ou sans menace, et en dehors des cambriolages	14	10	12
	Avez-vous subi un cambriolage ? Il y a cambriolage dans tous les cas où des personnes se sont introduites chez vous dans votre logement ou votre jardin, même sans rien voler	5	3	4
	A-t-on dégradé ou détruit un bien appartenant à votre ménage (en dehors des cas de cambriolages ou vols avec dégradations) ?	10	9	10
	Au moins l'une de ces atteintes aux biens	25	20	22
Violences verbales	Avez-vous été insulté(e), a-t-on proféré à votre encontre des cris, des menaces verbales, des injures ?	18	18	18
Violences physiques	Vous a-t-on giflé(e), frappé(e), a-t-on exercé d'autres brutalités physiques contre vous ou a-t-on tenté de le faire ?	4	3	3
Violences sexuelles	Est-il arrivé que quelqu'un exhibe devant vous ses organes sexuels ou se déshabille devant vous contre votre volonté ?	1	2	1
	Quelqu'un a-t-il cherché à vous embrasser contre votre gré ou à vous imposer un contact physique ?	1	2	2
	Est-ce que quelqu'un vous a forcé(e) à subir ou à faire des attouchements sexuels, a essayé ou est parvenu à avoir avec vous un rapport sexuel contre votre gré ?	0,3	0,4	0,4
	Au moins l'une de ces violences à caractère sexuel	2	3	3
Violences morales et psychologiques	Est-il arrivé que quelqu'un émette à votre propos des critiques injustes, répétées, c'est-à-dire dénigre ou dévalorise votre apparence physique, votre tenue vestimentaire, vos idées, ce que vous aviez fait ?	10	11	11
	Est-il arrivé que quelqu'un vous empêche de parler avec des amis, des connaissances ou des membres de votre famille ou vous empêche de les rencontrer ?	1	2	2
	Est-il arrivé que quelqu'un vous impose des façons de vous habiller, de vous coiffer ou de vous comporter ?	3	2	2
	Est-il arrivé que quelqu'un exige de savoir où et avec qui vous étiez à un autre moment ou cherche à contrôler vos fréquentations ou vos déplacements ?	6	5	5
	Est-il arrivé que quelqu'un refuse totalement de discuter avec vous ?	8	6	7
	Vous est-il arrivé de recevoir des appels téléphoniques malveillants, y compris si personne ne parlait, ou des lettres malveillantes ?	9	13	11
	Est-il arrivé que quelqu'un menace de s'en prendre à une (ou des) personnes qui vous est (sont) proche(s) ou menace de vous séparer d'elle(s) ?	3	4	3
	Au moins l'une de ces violences psychologiques	26	28	27

Lecture : 14 % des hommes de 18 à 75 ans ont déclaré avoir subi un vol ou une tentative de vol au cours des deux années précédant l'enquête.

Champ : Personnes âgées de 18 à 75 ans résidant en ménage ordinaire.

Sources : Enquête Événements de vie et santé, DREES, 2005-2006.

Tableau 2 • Périodisation et cumul des attouchements, rapports sexuels forcés (ou tentatives) au cours de la vie (moins les 24 derniers mois)

En %

Victimes...	... pendant l'enfance seule	... pendant l'adolescence seule	... pendant l'âge adulte seul	... pendant l'enfance et à l'adolescence	... pendant l'enfance et à l'âge adulte	... pendant l'adolescence et à l'âge adulte	... aux trois périodes de la vie
Femmes	23	37	28	7	1	4	0
Hommes	27	48	20	3	0	2	0

Lecture : 23 % des femmes déclarant avoir subi des attouchements, des rapports sexuels forcés (ou tentatives) sur le cours entier de leur vie (24 derniers mois exclus) ont été exposées à ces violences pendant l'enfance seulement (0-10 ans), 7 % pendant leur enfance et leur adolescence (0-10 ans et 11-19 ans) et 1 % pendant leur enfance et à l'âge adulte (0-10 ans et au-delà de 20 ans).

Champ : Victimes d'attouchements, tentatives ou rapports sexuels forcés (avant les deux dernières années), âgées de 18 à 75 ans et résidant en ménages ordinaires.

Sources : Enquête EVS, DREES, 2005-2006.

Les jeunes, femmes et hommes, sont davantage exposés aux violences interpersonnelles de toutes natures

L'âge aussi joue fortement sur l'exposition à des violences interpersonnelles. Toutes choses égales par ailleurs³, les 18-29 ans au moment de l'enquête déclarent avoir subi 3,3 fois plus de violences physiques que les 30-54 ans et sont surexposés à plusieurs autres types de violences interpersonnelles, au cours des deux années précédant l'enquête : des violences verbales (insultes, injures, cris et menaces verbales) et sexuelles (exhibitionnisme, contacts physiques contraints⁴). Sur la durée entière de la vie, il apparaît que la première atteinte violente a fréquemment été subie avant l'âge adulte. C'est donc aussi à ce titre que les faits de violence rapportés sont étroitement liés aux jeunes. Nous avons pu le constater pour les violences sexuelles. C'est également vrai en matière d'atteintes physiques (auxquelles les hommes sont surexposés). Parmi les individus ayant subi des violences physiques plus de deux ans avant l'enquête, 41 % d'entre eux ont vécu ces faits au moins une fois dans l'enfance, et 58 % au moins une fois à l'adolescence. Pour les violences physiques comme pour les violences sexuelles, l'âge adulte est, en proportion du nombre de victimes, synonyme d'exposition plus marquée pour les femmes que pour les hommes : 44 % des victimes féminines sont au moins une fois exposées à des coups, gifles ou autres brutalités à 20 ans ou plus, contre 24 % d'hommes.

Répétition et cumul des violences

Au cours des deux années précédant l'enquête, les violences ont pu être cumulées : une personne a subi de façon répétée des violences de même type (par exemple des violences physiques), ou de types distincts (par exemple, des violences verbales et des violences physiques). Au cours d'une vie, les violences ont pu également prendre place à divers moments, plus espacés dans le temps. Enfin, des types de violences différents peuvent être perpétrés dans un même temps (être volé, insulté et frappé lors d'une même agression, par exemple). Dans les deux années écoulées, cette simultanéité de plusieurs types de violences varie beaucoup. Les violences physiques sont ainsi, dans 70 % des cas, accompagnées de violences verbales, alors que les victimes de vols (ou de tentatives), de cambriolages et de dégradations de biens (agressions très majoritairement perpétrées en l'absence de la victime), ne sont associées à d'autres violences subies que pour 6 % d'entre elles.

Les violences interpersonnelles : répétitives tant pour les femmes que pour les hommes

Sur les deux années écoulées, parmi ces violences, les atteintes physiques et sexuelles (recelant probablement les événements les plus graves), se répètent moins que les autres formes de violence (verbales, psychologiques), sans pour autant se manifester par des événements uniques. Quarante pour cent des personnes s'étant déclarées victimes d'un exhibitionniste ou avoir subi des contacts physiques contraints, attouchements, rapports sexuels forcés (ou tentatives) indiquent que ces faits se sont répétés au moins deux fois et 12 % six fois ou plus en deux ans (graphique 1). Une fois sur deux, les coups, gifles et autres brutalités physiques (à caractère non sexuel) se sont eux aussi répétés sur cette période et 14 % des victimes y ont été exposées six fois ou plus.

Dans le domaine des atteintes psychologiques ou verbales, la répétition est la norme. Seul un tiers des personnes qui signalent des insultes, cris, menaces, ou injures n'y ont été confrontées qu'une seule fois en deux ans. Les violences psychologiques sont de loin celles qui se répètent le plus souvent : 86 % des victimes signalent plusieurs événements.

La répétition des atteintes aux biens est plus rare et concerne un quart des personnes ayant subi un vol (ou une tentative), 13 % de ceux qui ont déclaré un cambriolage, et un tiers de ceux qui ont fait état de dégradations de biens.

Un cumul des violences de différentes natures

Alors qu'une personne sur deux déclare n'avoir subi aucune violence au cours des deux années écoulées, 18 % en révèlent plusieurs de natures différentes. Lorsqu'un seul type de violence est déclaré (30 % des enquêtés), il s'agit en général de violences psychologiques (41 % des cas) ou d'atteintes aux biens (38 % des cas).

En matière de brutalités physiques, 93 % des personnes en ayant subi ont également déclaré d'autres types de violence, dans des proportions bien supérieures à celles que l'on observe dans l'ensemble de la population. Dix-huit pour cent d'entre elles ont par exemple signalé au moins un acte de violence sexuelle (exhibition-

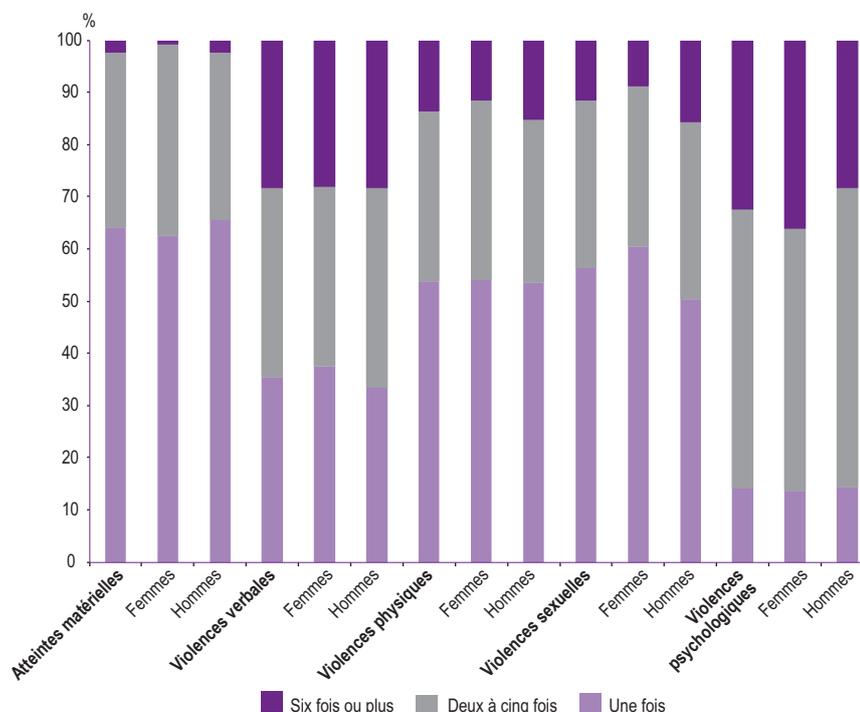
3. Situation de référence : homme de 30 à 54 ans résidant en grande agglomération mais pas en zone urbaine sensible, sans lien direct avec la migration, vivant dans un ménage composé d'un couple avec enfant(s), actif occupé et détenteur d'un CAP, d'un BEP ou d'un diplôme de même niveau.

4. Les attouchements, tentatives et rapports sexuels forcés subis au cours des deux dernières années ont ici été exclus de l'analyse, faute d'effectifs suffisants sur cette courte période.

Dossiers • Violences, santé et événements difficiles :
situation comparée des femmes et des hommes

nisme, contacts physiques contraints, attouchements, rapports sexuels forcés ou tentatives), survenu au cours des deux années précédant l'enquête.

Graphique 1 • Répétition des atteintes dans les 24 mois précédant l'enquête, par type de violence et par sexe



Lecture : Parmi les personnes déclarant avoir été victimes de violences verbales dans les 24 mois précédant l'enquête EVS, 35 % l'ont été à une reprise, 36 % deux fois et 28 % six fois ou plus. Pour les femmes, ces trois situations concernent 37 %, 34 % et 28 % des victimes respectivement.

Champ : Victimes de violences au cours des 24 mois précédant EVS, âgées de 18 à 75 ans et résidant en ménage ordinaire.

Sources : Enquête EVS, DREES, 2005-2006.

De même, les victimes d'exhibitionniste, de contacts physiques contraints, d'attouchements, de rapports sexuels forcés (ou tentatives) sont très largement concernées par des atteintes d'un autre type : 59 % ont également fait l'objet de violences psychologiques, et 50 % de violences verbales, toujours dans les 24 derniers mois.

Ces cumuls prennent des formes très proches pour les femmes et pour les hommes. Ceux-ci ont tendance, lorsqu'ils sont exposés à un type de violence, à être atteints un peu plus fréquemment par un ou plusieurs autres types de violences.

Une plus grande gravité des faits pour les femmes quand l'auteur des violences est un proche de la victime

« Au total, diriez-vous que cette affaire vous a causé : un dommage matériel (respectivement professionnel, physique, psychologique) plutôt important, plutôt faible ou aucun dommage, un dommage temporaire, durable ou aucun dommage pour votre santé ? »

Cette question est posée pour chacun des cinq types de violences décrits dans EVS, à propos de l'événement violent (le seul ou le dernier, lorsqu'il y en a plusieurs) survenu au cours des 24 mois précédant l'enquête.

Si la quasi-totalité des victimes de vols (ou de tentatives), cambriolages et dégradations de biens déclarent des dommages, moins de la moitié des victimes de violences interpersonnelles sont dans ce cas.

Les femmes victimes déclarent davantage que les hommes des atteintes dommageables (tableau 3) et, parmi l'ensemble des victimes subissant de telles atteintes, elles sont plus fréquemment touchées par des actes émanant d'un membre du cercle familial (tableau 4). Pour les femmes, il est alors hypothétiquement possible d'associer le ressenti des dommages causés à la grande proximité avec leur agresseur, souvent un proche. En matière de violences verbales, physiques ou psychologiques, l'agresseur est connu de sa victime jusque dans 80 % des cas, y compris parce qu'il fait partie d'un cercle de relations rapprochées.

Tableau 3 • Part des victimes faisant état d'un dommage important au moins (pr ofessionnel, matériel, psychologique, physique) ou d'un dommage temporaire ou durable pour leur santé, à la suite des violences subies au cours des deux années écoulées En %

	Femmes	Hommes	Ensemble
Atteintes aux biens	48	42	45
Violences verbales	32	17	25
Violences physiques	47	10	26
Violences à caractère sexuel	19	9	14
Violences morales et psychologiques	24	14	21

Lecture : 48 % des femmes ayant subi au moins une atteinte aux biens (vols ou tentatives, cambriolages, dégradations de biens) au cours des 24 mois précédant l'enquête déclarent que celle-ci a entraîné au moins un dommage matériel, professionnel, psychologique ou physique important, ou un dommage temporaire ou durable pour leur santé.

Champ : Femmes et hommes âgés de 18 à 75 ans résidant en ménage ordinaire et victimes dans les 24 mois écoulés d'un type de violence parmi : atteintes aux biens, violences verbales, physiques, sexuelles ou psychologiques.

Sources : Enquête EVS, DREES, 2005-2006.

Tableau 4 • Nature du lien et degré de proximité entre l'auteur des violences et la victime, par sexe et type de violence En %

L'auteur des violences...	Violences verbales		Violences physiques		Exhibitionnisme, contacts physiques contraints		Violences psychologiques	
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes*	Femmes	Hommes
... faisait partie de la famille	25	8	41	24	18	-	31	22
... faisait partie des proches	10	6	18	8	11	-	17	11
... était connu avant les faits mais sans faire partie de la famille ou des proches	46	50	23	31	24	-	30	48
... était inconnu avant les faits	18	33	18	35	34	-	14	15
La victime ne sait pas répondre sur son lien avec l'auteur	1	3	0	2	14	-	8	4

* Effectifs insuffisants pour permettre une analyse statistique pertinente.

Lecture : 25 % des femmes victimes de violences verbales ayant entraîné au moins un dommage important en matière professionnelle, matérielle, psychologique ou physique ou un dommage (temporaire ou durable) pour leur santé déclarent que l'auteur des faits faisait partie de leur famille.

Définition : Ici, les conjoints au moment des faits sont comptés parmi les membres de la « famille » de la victime. Si l'auteur des violences était un ex-conjoint, au moment des faits, il est comptabilisé parmi les auteurs faisant partie de ses « proches ».

Champ : Personnes âgées de 18 à 75 ans résidant en ménage ordinaire, déclarant avoir été victimes au cours des deux dernières années de violences verbales, physiques, sexuelles (exhibitionnisme ou contacts physiques contraints) ou psychologiques ayant entraîné des dommages importants du point de vue physique, professionnel, psychologique, matériel ou des dommages pour leur santé.

Sources : Enquête EVS, DREES, 2005-2006.

L'intensité et la répétitivité des actes sont souvent associées à la proximité de l'auteur

Par comparaison avec les victimes qui n'ont connu qu'un seul événement violent, les personnes qui déclarent des violences physiques ou verbales, répétées au cours des 24 mois précédant l'enquête et ayant causé au moins un dommage important matériel, physique, psychologique ou professionnel ou bien encore un dommage pour leur santé, sont plus nombreuses à connaître l'auteur du dernier des faits. Lorsque des violences physiques ont été subies une seule fois, 64 % des victimes en connaissaient l'auteur et 39 % déclarent que celui-ci était un membre de leur famille ou un proche. Lorsqu'elles sont survenues plusieurs fois, ces taux sont respectivement de 97 % et 73 %.

Le questionnaire se limitant à la description détaillée du dernier fait, rien ne permet d'attribuer au même auteur l'ensemble des faits déclarés : à un environnement violent au sein de la famille ou des proches peut être associée une exposition importante à la violence du fait d'autres auteurs.

L'auteur de violences est très souvent un homme qui agit seul

Parmi les personnes (majoritairement des femmes) ayant déclaré au moins un dommage pour leur santé ou un autre dommage important quel que soit le type de violences subies, la plupart d'entre elles déclarent que l'auteur était une personne qui a agi seule et le plus souvent un homme.

Les auteurs sont des hommes seuls dans 77 % des cas pour les violences physiques et dans 94 % pour les violences sexuelles⁵. La situation est plus partagée pour les agressions verbales (55 % de cas de ce type) et

5. Constat qui rejoint l'un des résultats de l'enquête CSF à propos des violences sexuelles (même si celles qui sont incluses ici ne sont pas exactement les mêmes) : voir fiche 63.

psychologiques (45%), avec des atteintes plus fréquemment rapportées comme étant le fait de femmes seules (respectivement 21 % et 34 %).

Multiplication des indices de gravité des violences physiques et sexuelles subies par les femmes au sein de leur ménage

Les analyses tirées d'EVS convergent avec celles de l'enquête Cadre de vie et sécurité 2007 [CVS, Observatoire national de la délinquance – INSEE, 2007]. CVS distingue les violences perpétrées par un membre du foyer ou par les personnes qui y sont extérieures. Grâce à un questionnaire auto-administré par ordinateur, les enquêtés de CVS ont pu apporter des réponses sur les violences physiques dont l'auteur fait partie du ménage, ainsi que sur l'ensemble des violences sexuelles. En revanche, pour les violences physiques exercées par un auteur extérieur au foyer (y compris l'ex-conjoint), les questions ont été posées en face-à-face.

D'après CVS 2007, lorsqu'ils sont victimes de violences physiques exercées par une personne ne vivant pas dans leur foyer, femmes et hommes entre 18 et 60 ans font état de blessures dans les mêmes proportions (autour de 40 % pour chaque sexe, en 2005-2006). Mais lorsque l'agresseur réside avec sa victime, les femmes sont beaucoup plus fréquemment blessées que les hommes (respectivement 50 % et 18 %). Ces écarts en termes de conséquences directes sur la santé sont particulièrement apparents pour les violences physiques et sexuelles (confondues), ainsi que pour les violences conjugales (voir fiche 63).

Au total, l'enquête CVS rassemble plusieurs indices de gravité des violences faites aux femmes à l'intérieur de leur ménage : presque deux fois plus souvent que les hommes victimes de violences physiques ou sexuelles émanant d'une personne qui vit sous le même toit qu'elles (3 % des femmes de 18 à 60 ans contre 2 % des hommes), elles sont aussi – de façon concordante avec l'enquête EVS – plus exposées que les hommes à des actes violents multiples, commis par une personne de leur foyer. Elles forment ainsi la quasi-totalité de l'effectif des victimes de 18-60 ans qui disent subir plusieurs de ces actes (violences physiques ou sexuelles) chaque mois, et représentent 0,5 % des femmes de cette classe d'âge. Enfin, le fait d'être victime d'un agresseur vivant sous le même toit que soi va de pair avec un moindre recours aux soins (consultation médicale ou hospitalisation). Ce constat est vérifié pour les femmes comme pour les hommes. Mais les violences entre personnes du même foyer entraînant plus souvent des blessures pour les femmes, on peut estimer qu'elles sont plus fréquemment placées dans des situations graves ou dangereuses en matière de santé.

■ LES LIENS ENTRE VIOLENCES ET SANTÉ SONT INDISSOCIABLES DU CONTEXTE BIOGRAPHIQUE

Lorsque l'OMS demandait, en 2002, une avancée des connaissances quant aux liens entre violences subies et état de santé, la littérature mettait déjà en évidence la complexité de ces liens (encadré 3). Satisfaisant en partie cette requête exprimée au niveau international, la connaissance statistique des liens entre violences et santé progresse depuis une dizaine d'années en Europe [Martínez et Schröttle, 2006 ; Hagemann-White, 2008], essentiellement depuis l'enquête l'ENVEFF, en France.

C'est en raison de la complexité de ces liens, observés ici en population générale, que le questionnaire d'EVS a développé, outre des questions sur les violences subies et l'état de santé, un recueil des événements difficiles traversés au cours de la vie. L'hypothèse était d'explorer le contexte de vie de la victime, son parcours biographique sous l'angle des épreuves éventuellement traversées, pour comprendre les corrélations statistiques entre l'état de victime et tel ou tel aspect dégradé de son état de santé.

La deuxième partie de dossier, qui mobilise l'enquête EVS pour une meilleure appréhension de la violence comme problème de santé publique en France, se déroule en plusieurs temps. Sont tout d'abord mis en évidence des liens statistiquement significatifs entre les violences subies et certaines caractéristiques de l'état de santé des victimes. Les personnes victimes de violences psychologiques dans les 24 mois qui précèdent l'enquête ou de violences sexuelles⁶ antérieures à cette période, ont une probabilité accrue de souffrir de divers troubles psychiques, notamment d'avoir effectué au moins une tentative de suicide.

L'étude analyse ensuite sept types de situations chez les 18-75 ans résidant en ménage ordinaire, selon la particularité des liens entre violences et santé. Ces groupes, présentant à la fois des formes notables d'exposition aux violences et des états de santé dégradés, ont toujours connu des événements éprouvants durant leur vie. En termes d'états de santé, des écarts majeurs existent entre les populations victimes ayant eu des contextes biographiques difficiles, et l'ensemble des 18-75 ans. Ces écarts s'observent surtout dans le domaine de la santé mentale, tant au niveau de la perception subjective de celle-ci que de certaines pathologies (épisodes dépressifs majeurs, formes diverses d'anxiété, troubles du sommeil...) ou d'événements tels que les tentatives de suicide.

6. Incluant ici les attouchements et les rapports sexuels forcés (ou tentatives).

ENCADRÉ 3

La complexité des liens entre violences subies et santé

La violence atteint l'état de santé de ceux qui la subissent

L'idée selon laquelle la violence exerce des effets néfastes, voire destructeurs, sur l'état de santé de ceux qui la subissent a paradoxalement connu un cheminement lent dans la conception même que les soignants se font d'une victime et du rôle qu'ils ont à jouer auprès d'elle [Her vé et François, 2002]. Aujourd'hui, le discours médical est devenu militant, en faveur du secours à apporter aux victimes et d'un meilleur dépistage des violences. La gravité des conséquences sanitaires des violences est ainsi devenue presque un lieu commun. La blessure directe (plaie, entorse, fracture...) occasionnée par un coup en constitue évidemment l'illustration type, incontestable, associée en particulier à la figure de la « femme battue ». Le rapport mondial sur la violence et la santé, publié par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en 2002, constitue l'un des déclencheurs directs de l'enquête EVS. Il énonce dès ses toutes premières lignes que la violence « est un fléau universel qui détruit le tissu social et menace la vie, la santé et la prospérité de tous. Chaque année, la violence fait 1,6 million de morts. Pour une personne qui meurt des suites d'un acte de violence, beaucoup d'autres sont blessées ou confrontées à tout un éventail de problèmes physiques, sexuels, génésiques ou mentaux » [OMS, 2002].

Toutefois, si lien intangible il y a, allant de la violence subie à la mauvaise santé, des connaissances de nature qualitative ou quantitative (clinique, épidémiologique, statistique) permettent de comprendre qu'entre le statut de « victime » et celui de « malade » (en allant jusqu'au possible décès), les rapports sont beaucoup plus complexes qu'un simple mécanisme de cause à effet. Pour illustratifs qu'ils soient, les effets immédiats de la violence physique ne permettent pas de comprendre la nature du mécanisme en cause.

Physique, mais pas seulement

La violence, telle qu'elle est mesurée dans EVS, se manifeste comme une atteinte qui n'est pas exclusivement et pas nécessairement physique, donc pas toujours immédiatement visible ni toujours synonyme pour la victime d'un état de santé physique dégradé.

Les différentes formes de violences, tant par la diversité de leur nature que par diverses formes possibles de cumuls, ne produisent pas les mêmes effets (en intensité, en nature) sur la santé [Jaspard, 2003] et il convient alors de bien définir ce que l'on entend par « victime » et par « malade » : victime de quelle agression et à quelle fréquence, par exemple ? Et malade à l'aune de quels outils de mesure, selon quelles dimensions de la santé : physique, mentale, fonctionnelle, sociale ?

Un état de santé dégradé : facteur de risque possible des violences agies ou subies

En outre, certaines formes de violences comme la maltraitance peuvent s'exprimer sur le terrain constitué par un mauvais état de santé, un handicap ou l'âge (aux deux extrêmes de la vie) [Ogrodnik, 2007] permettant de comprendre que la causalité peut aller, en sens inverse, d'un état de santé dégradé (ou d'un autre facteur de dépendance ou de « fragilité », plus largement), vers l'exposition à des violences [Algava et Bègue, 2006]. À cela s'ajoute qu'un mauvais état de santé peut constituer un facteur de risque, non plus en matière d'exposition aux violences (en tant que victime), mais il peut favoriser le fait de devenir, parce que l'on souffre de certaines pathologies, auteur de violences. Comme le note par exemple Anne Tursz dans la synthèse qu'établit le rapport général préalable à l'élaboration du plan Violence et santé, « la similitude des facteurs de prédiction de risque de violence « criminelle » et de ceux de risque de développement d'un trouble psychiatrique (pouvant se manifester par des actes de violence) favorise la confusion entre violence criminelle et violence psychiatrique » [Tursz, 2006].

Victimes et auteurs

Les liens entre le statut de victime de violence et celui d'auteur ne sont pas non plus univoques. Exercer des violences sur autrui expose au risque d'en subir en retour, par réaction de la victime à l'encontre de son agresseur. La violence physique apporte, là encore, l'illustration la plus parlante, puisque celui qui donne des coups peut se trouver lui-même physiquement blessé, du seul fait de la possible résistance physique de la personne qui les reçoit*. Il n'est pas impossible de devenir « victime » ou de pouvoir en tout cas se déclarer comme telle, parce que l'agression que l'on a provoquée a finalement occasionné des blessures sur soi-même. Au-delà de cet état de fait, la psychiatrie a même établi que le fait d'être auteur de certaines atrocités peut générer des troubles mentaux analogues à ceux dont souffrent les victimes [Young, 2002]. Enfin, des études ont pu montrer que les auteurs de violences sont, pour une partie d'entre eux, d'anciennes victimes. Loin d'autoriser à conclure que le fait d'avoir été victime pousse nécessairement à devenir agresseur et qu'il existerait une forme de fatalité à reproduire des comportements dont on a pu soi-même souffrir, ces conclusions permettent cependant de penser qu'être exposé à la violence accroît le risque de pouvoir agir aussi de manière violente à l'encontre d'autres personnes [Tursz, 2006].

* Les cas interrogés dans une enquête comme EVS, à propos des violences subies, peuvent être sources d'ambiguïtés dans l'interprétation : une personne peut se déclarer victime, signaler des blessures, un arrêt de travail... alors qu'elle est à l'origine de l'événement violent. Une enquête de délinquance autodéclarée se prêterait beaucoup mieux à saisir les deux faces de la réalité.

Des liens directement observables entre violences subies et état de santé des 18-75 ans

L'état de santé mentale, pour les femmes comme pour les hommes, est étroitement lié aux violences psychologiques, aux attouchements et rapports sexuels forcés

Lorsqu'ils ont subi des violences psychologiques au cours des deux dernières années, les femmes et les hommes déclarent un état de santé mentale dégradé. Toutes choses égales par ailleurs⁷, une perception négative de sa propre santé mentale⁸ est liée au fait d'avoir été exposé(e) à au moins une catégorie de violence psy-

7. Référence : homme de 30 à 54 ans, diplômé au maximum d'un CAP, d'un BEP ou d'un diplôme équivalent, actif occupé, déclarant une seule maladie chronique présente, dont le ménage se situe dans le deuxième quartile de revenu par unité de consommation, déclarant n'avoir subi ni atteinte aux biens, ni violence verbale, physique, sexuelle ou psychologique dans les 24 mois précédents, ni aucune violence physique ou sexuelle dans la période antérieure.

8. Score agrégé de santé psychique du SF-12v2 au-dessous de la moyenne du score des 18-75 ans représentés par les enquêtes d'EVS. Dans le reste du texte, un état de santé mentale « négativement perçu » ou « dégradé » renverra à ce même résultat.

chologique dans cette période récente. Et, à cette perception négative, s'ajoutent des probabilités accrues d'avoir réalisé au moins une tentative de suicide au cours de sa vie ou de présenter des troubles dépressifs (épisode dépressif majeur actuel) ou anxieux (trouble anxieux généralisé, attaques de panique, symptômes cognitifs actuels d'agoraphobie ou de phobie sociale au cours du mois précédant l'enquête)⁹. Les victimes de violences psychologiques dans les 24 mois déclarent en outre plus fréquemment un mauvais état de santé physique¹⁰ et au moins une maladie chronique.

On observe une corrélation entre, d'une part, les atteintes, les rapports sexuels forcés (ou tentatives) avant les deux dernières années de l'enquête et, d'autre part, les tentatives de suicide réalisées sur la durée entière de la vie. En effet, les personnes ayant subi ces atteintes font deux fois plus de tentatives de suicide que celles qui n'ont pas eu à en souffrir. Ces violences sexuelles accentuent aussi la probabilité de présenter des symptômes cognitifs d'agoraphobie et d'avoir présenté, au cours du mois écoulé, des symptômes de phobie sociale.

Les liens entre violences subies et état de santé se déclinent de manière spécifique au féminin et au masculin

Les femmes sont surexposées aux violences sexuelles et les hommes aux violences physiques [Cavalin, 2007]. Sur ces deux types de violences, les relations observées entre le fait de décliner en avoir subi et l'état de santé sont également différenciées entre femmes et hommes.

Parmi les femmes, celles qui ont subi des atteintes sexuelles, des rapports sexuels forcés (ou tentatives) présentent, lors de l'enquête, toutes choses égales par ailleurs, plus souvent des troubles dépressifs majeurs, des symptômes cognitifs d'agoraphobie, un état de santé mental perçu défavorablement, et déclarent souffrir d'au moins une maladie chronique. Ces relations ne sont pas observables au sein de la population masculine. En outre, c'est aussi le seul groupe des femmes qui déclare un état de santé physique dégradé suite à un vol (ou tentative), un cambriolage ou une dégradation de bien au cours des deux années précédant l'enquête.

Comment les violences subies expliquent-elles un état de santé dégradé ?

Les résultats précédents permettent d'établir des corrélations statistiques, sans qu'il soit possible de déterminer si les violences observées peuvent être considérées comme des causes directes ou non de l'état de santé. Cette approche descriptive permet de comparer des prévalences entre les personnes victimes et celles qui ne le sont pas : quelles sont les pathologies conjuguées à quels types de violences, parmi les victimes ? Mais elle ne permet en rien de savoir pourquoi ou comment les victimes d'une violence se caractérisent par certains problèmes de santé plutôt que d'autres.

Les personnes n'ayant pas subi de violences n'ont pas systématiquement un meilleur état de santé que celles qui ont été exposées à un seul événement violent. L'état de santé de ces dernières n'est lui-même pas systématiquement meilleur que celui des personnes victimes de multiples types de violences ou de manière répétée¹¹. Il faut donc compléter ces liens directs entre violences et santé pour comprendre dans quels contextes ceux-ci prennent forme. Cet objectif peut être atteint par une analyse des correspondances multiples.

Sept groupes de population,

sept configurations de « violences subies – état de santé – par cours de vie »

L'analyse des correspondances multiples¹² met en évidence sept groupes de personnes (tableau 5). Les liens entre violences subies et problèmes de santé sont révélés lorsque le contexte biographique personnel recèle des difficultés importantes.

9. Épisodes dépressifs majeurs actuels ou récurrents, anxiété généralisée, troubles paniques, phobie sociale et agoraphobie sont questionnés à partir de la version du *Mini international neuropsychiatric interview* (MINI) appuyée sur le DSM-IV choisie pour l'enquête EVS. Pour les deux premiers types de pathologies, ce sont les modules entiers du MINI qui ont été posés, permettant de « coder » en « positif » ou « négatif » les enquêtés, selon les symptômes du DSM-IV. Pour les autres troubles, seules les questions-filtres des modules concernés dans le MINI sont posées, avec par conséquent une identification moins exigeante des personnes potentiellement « malades » (taux très certainement supérieurs à ceux que l'on obtiendrait pour une prévalence diagnostiquée).

10. Score agrégé de santé physique du SF-12v2 au-dessous de la moyenne du score des 18-75 ans représentés par les enquêtés d'EVS. Un état de santé physique « négativement perçu » ou « dégradé » renvoie à ce même score.

11. Si effets de la violence sur la santé il y a – et les corrélations mises en évidence ci-dessus vont dans ce sens –, du moins apparaissent-ils de façon moins linéaire dans EVS que dans l'ENVEFF, s'agissant de certaines caractéristiques de l'état de santé des femmes interrogées [Jaspard, *et al.*, 2003].

12. Les groupes constitués dans le cadre de cette analyse sont structurés sur la base des similitudes et différences de réponses des enquêtés aux questions portant sur les violences qu'ils rapportent avoir subies dans les 24 mois précédant EVS (1^{er} groupe de variables actives du tableau 5), ainsi que sur leur état de santé considéré à travers les scores agrégés de santé physique et mentale du SF-12v2 et la morbidité chronique présente et passée qu'ils déclarent (2^e groupe de variables actives du tableau 5).

Tableau 5 • Sept groupes de population, sept configurations différentes des liens entre violences subies, état de santé et contexte biographique

	Ensemble des 18-75 ans	Groupe 1	Groupe 2	Groupe 3	Groupe 4	Groupe 5	Groupe 6	Groupe 7
Effectifs (en %)	100	37	31	26	2,5	1	1,5	1
Variables actives								
Violences								
Être victime d'au moins un des cinq types de violences avant les deux dernières années et pendant celles-ci	28	3	0	91	71	95	48	100
<i>Au cours des deux dernières années :</i>								
Être victime d'atteintes aux biens	22	15	11	43	36	55	33	41
Être victime de violences verbales	18	6	5	42	69	86	35	58
Être victime de violences physiques	3	0	0	0	100	100	0	0
Être victime d'exhibitionnisme, de contacts physiques forcés, d'attouchements, tentatives ou rapports sexuels forcés	3	0	0	0	0	100	100	100
Être victime de violences psychologiques	27	7	8	74	63	81	43	80
<i>Avant les deux dernières années :</i>								
Être victime de violences physiques	18	10	12	33	46	65	24	64
Être victime d'attouchements, tentatives ou rapports sexuels forcés	7	4	6	12	14	15	0	55
Santé								
État de santé physique négativement perçu	37	9	72	38	30	32	31	38
État de santé mentale négativement perçu	42	19	60	53	49	55	48	69
Avoir au moins deux maladies chroniques présentes	50	15	86	58	51	57	54	62
Avoir eu au moins une maladie chronique passée	28	15	38	34	25	39	30	55
Variables illustratives								
Caractéristiques sociodémographiques								
Femmes	51	47	57	51	45	35	66	59
18-29 ans	21	25	7	26	53	64	43	49
<i>Sur la vie entière :</i>								
Aucun conjoint	13	15	7	15	27	31	27	34
Un conjoint	67	68	77	60	46	40	57	33
Deux conjoints	15	13	13	18	17	11	13	24
Trois conjoints ou plus	5	3	3	8	9	18	3	9
Événements difficiles vécus au cours de l'existence entière								
Au moins une tentative de suicide d'ego	5	2	5	8	13	9	8	16
Graves tensions ou climat de violence entre les parents	18	12	20	25	34	29	28	32
Privations matérielles graves	16	10	20	22	19	36	14	34
Conflit très grave entre l'enquêté(e) et ses parents	12	7	10	19	22	41	21	35
Souffrances ressenties du fait d'un grave manque d'affection	21	11	20	34	31	45	30	54
Usage de drogues illicites ou alcoolisme dans la famille	18	14	16	27	22	43	27	39
Consommation d'alcool								
Test DETA positif (conséquences psychosociales de l'usage d'alcool perçues par le buveur)	13	11	13	17	24	20	15	22
Test FACE indiquant une consommation excessive d'alcool probable ou une probable alcoolodépendance	26	24	22	31	40	50	33	45
Caractéristiques de santé mentale								
Présenter un épisode dépressif majeur	6,5	1	9	11	12	16	8	17
Présenter un trouble anxieux généralisé	5,5	1	8	9	13	14	4	10
Avoir présenté à plusieurs reprises des troubles paniques	16	6	20	24	28	34	15	51
Présenter des symptômes d'agoraphobie	19	11	23	24	24	29	19	35
Avoir présenté des symptômes de phobie sociale au cours du mois écoulé	11	6	12	16	16	21	16	23
Présenter au moins deux des cinq troubles du sommeil explorés dans EVS	63	48	73	72	70	94	70	81

Lecture : 6 % des personnes rassemblées dans le groupe 1 rapportent avoir subi, au cours des 24 mois précédant l'enquête, des violences verbales, alors que c'est le cas de 18 % de l'ensemble des personnes âgées de 18 à 75 ans (population de référence d'EVS). Le groupe 1 se compose à 47 % de femmes, et donc de 53 % d'hommes.

Note : Les tests DETA et FACE ont été passés dans le cadre d'un questionnaire auto-administré par ordinateur. La présentation des résultats est ici très synthétique, mais il faut notamment comprendre que la consommation excessive ou l'alcoolodépendance probables détectées par FACE s'appuient sur une mesure différenciée, par sexe, de la consommation d'alcool, comme cela est la règle pour l'analyse de ce test. Hommes et femmes sont simplement agrégés pour une lecture globale du résultat dans ce tableau. En outre, EVS permet de différencier les personnes ayant ou non bu de l'alcool pendant les 12 derniers mois, parmi celles qui présentent un test DETA positif : ces deux catégories de personnes sont également agrégées ici.

Champ : Les personnes âgées de 18 à 75 ans résidant en France en ménage ordinaire.

Dossiers • Violences, santé et événements difficiles :
situation comparée des femmes et des hommes

Groupes 1 et 2

Soixante-huit pour cent des personnes de 18 à 75 ans ont des caractéristiques attendues en population générale en France aujourd'hui, tant du point de vue de leur santé que des violences subies.

Les personnes de ces deux groupes sont peu victimes de violences, elles ont un état de santé plutôt bon, voire très bon ou, lorsqu'il ne l'est pas, les raisons en sont autres que des violences subies. Ces enquêtés illustrent la réalité d'une vie sociale où les violences décrites dans EVS demeurent l'exception et où la plus grande part de la population présente un état de santé plutôt favorable : 37 % des individus (groupe 1) sont peu touchés par les atteintes violentes, les problèmes de santé et les événements difficiles ; et 31 % (groupe 2), tout en étant peu exposés aux violences, ont un état de santé déclaré défavorable, ce que l'on peut interpréter en termes d'âge (48 % de 55-75 ans dans ce groupe) et de genre (57 % de femmes)¹³.

Groupes 3 à 7

Associant violences subies, problèmes de santé et difficultés de la vie, les cinq autres groupes représentent au total 32 % des 18-75 ans et se caractérisent par une surreprésentation des plus jeunes enquêtés (18-29 ans), qui sont surexposés à la majorité des violences [Cavalin, 200].

Le plus important de ces groupes (groupe 3), se compose de femmes et d'hommes dans les mêmes proportions que l'ensemble de la population des 18-75 ans résidant en France en ménage ordinaire. Les quatre autres groupes (groupes 4 à 7) rassemblent, deux à deux (4 et 5 d'une part, 6 et 7 de l'autre), des populations dans lesquelles se trouvent respectivement surreprésentés des hommes et des femmes (tableau 6). Les liens entre violences et santé, dans un contexte biographique difficile, se déclinent ainsi différemment au féminin et au masculin.

Tableau 6 • Grandes caractéristiques des individus composant les sept groupes de la typologie « violences, santé, événements difficiles »

Groupe 1	37%	La « population générale », protégée en termes de violences, de santé et d'événements difficiles rencontrés au fil du parcours biographique
Groupe 2	31%	Population peu exposée aux violences mais dans un état de santé déclaré défavorable, la surreprésentation des femmes et des 55-75 ans permettant d'expliquer cette situation. Ce groupe a aussi connu un parcours de vie plus difficile que le groupe 1 (plus de tensions entre les parents, de souffrances ressenties du fait d'un manque d'affection par exemple, mais ces difficultés sont moins marquées que celles rencontrées dans les groupes 3 à 7)
Groupe 3	26%	Hommes et femmes, exposés à des violences (sauf physiques et sexuelles dans les 24 derniers mois), présentant un état de santé mentale dégradé et des maladies chroniques, dans un parcours biographique émaillé d'événements difficiles (par exemple, souffrances ressenties du fait d'un manque d'affection, graves tensions ou climat de violences entre les parents, avoir connu des privations matérielles sévères)
Groupe 4	2,5%	Surreprésentation d'hommes jeunes, exposés aux violences physiques, caractérisés par des problèmes de santé mentale plus que physique, dans un contexte biographique difficile (comme le groupe 3), où apparaît notamment un nombre de conjoints élevé en moyenne (conjugalité heurtée et violences conjugales ?)
Groupe 5	1%	Groupe le plus masculin et le plus jeune, qui présente les caractéristiques du groupe 4, exacerbées aussi bien en termes de violences subies, de santé, et de difficultés rencontrées au cours de la vie, et auxquelles s'ajoute une exposition généralisée aux atteintes à caractère sexuel dans les 24 derniers mois
Groupe 6	1,5%	Groupe le plus féminin, plutôt jeune, présentant des liens spécifiques entre violences subies, état de santé et difficultés biographiques, mais de manière plus atténuée que les groupes 4, 5 et 7 (notamment moindre exposition aux violences, sauf atteintes à caractère sexuel au cours des deux dernières années, la totalité des personnes du groupe en ayant subi). Contexte socio-économique et socioculturel également plus favorable, conjugalité plus stable.
Groupe 7	1%	Groupe également très féminin, très exposé aux violences (sauf physiques sur les 24 mois écoulés), en particulier aux atteintes sexuelles sur la vie entière. Cumul marqué de difficultés au cours de la vie et état de santé (mentale, surtout) très dégradé. Ce groupe présente, avec le très masculin groupe 5, la plus forte fréquence des événements difficiles rencontrés au cours de la vie.

Lecture : L'effectif du groupe 1 représente 37 % des personnes du champ.

Champ : Personnes de 18 à 75 ans résidant en France en ménage ordinaire.

Sources : Enquête EVS, DREES, 2005-2006.

13. Usuellement, dans les enquêtes statistiques portant sur la santé, être une femme ou avancer en âge augmente la probabilité de déclarer un moins bon état de santé que les hommes ou les plus jeunes, respectivement.

Groupe 3 : 26 % de la population âgée de 18 à 75 ans présentant une forte exposition à plusieurs types de violences, une santé mentale dégradée et des maladies chroniques, le tout dans des parcours de vie marqués par des événements difficiles.

Le groupe 3 se distingue par la fréquence très élevée des violences subies dans les deux ans précédant l'enquête (notamment des violences psychologiques, déclarées trois fois plus souvent que par les 18-75 ans dans leur ensemble). Ici, la survenue des atteintes est répétée, à la fois dans les deux dernières années et de manière plus ancienne (91 % des personnes du groupe 3 sont dans ce cas, contre 28 % de l'ensemble de la population).

D'autres violences les concernent également de façon marquée : 42 % ont subi des violences verbales au cours des 24 derniers mois, 43 % des vols (ou tentatives), des cambriolages ou dégradations de biens, soit dans les deux cas deux fois plus que la moyenne.

Sur la durée de la vie antérieure aux deux dernières années, 33 % de ces victimes ont subi gifles, coups ou autres brutalités physiques (deux fois plus que la moyenne) et 12 % déclarent avoir enduré des attouchements, des rapports sexuels forcés (ou tentatives), contre 7 % de l'ensemble des 18-75 ans. Ce groupe, composé de femmes et d'hommes dans des proportions analogues à l'ensemble des 18-75 ans, cumule ainsi une surexposition aux violences sexuelles les plus graves et aux violences physiques, caractéristiques respectivement féminine et masculine.

Ce groupe présente quelques traits d'une santé mentale dégradée : mauvaise santé mentale subjectivement perçue pour 53 % d'entre eux, réalisation d'au moins une tentative de suicide au cours de la vie pour 8 % (contre 5 % dans la population d'ensemble). Ces individus déclarent par ailleurs fréquemment souffrir de maladies chroniques présentes et passées, mais leur perception subjective « globale » de leur santé physique est analogue à celle de la population d'ensemble.

Plusieurs éléments de contexte biographique indiquent que ces individus ont été confrontés à de nombreuses difficultés : plus d'un tiers déclare avoir souffert d'un grave manque d'affection, plus d'un quart avoir connu, au sein de leur famille, des cas d'alcoolisme ou d'usages de drogues illicites, des situations de graves tensions ou de violence entre leurs parents, et presque un sur cinq rapporte des conflits très graves avec ceux-ci ou de sévères privations matérielles.

Groupes 4 et 5 : ils sont à dominante masculine et ont la violence physique comme dénominateur commun.

Les groupes 4 et 5 se composent plutôt d'hommes et de jeunes ayant des situations où les difficultés sont cumulées. Ces individus sont *tous* victimes de violences physiques dans la période récente (deux dernières années) et constituent à eux seuls la totalité de ceux qui rapportent ce type de victimation (gifles, coups ou autres brutalités physiques à caractère non sexuel). L'observation de la période antérieure (de la naissance jusqu'aux deux dernières années) montre qu'au cours de la vie, ils sont également concernés de manière aiguë par ces mêmes violences (46 % et 65 % d'entre eux respectivement dans les groupes 4 et 5, contre 18 % sur l'ensemble des 18-75 ans). Ces deux groupes de personnes peuvent donc être caractérisés par le dénominateur commun des atteintes physiques. Ils se distinguent cependant l'un de l'autre, par une sorte de crescendo de violences, les personnes du groupe 5 se singularisant aussi par une forte exposition aux violences sexuelles, pour toutes les périodes de la vie.

Pour la période récente, d'autres violences que les violences physiques sont très fréquentes au sein du **groupe 4** : verbales (70 %), psychologiques (63 %) ou relevant du domaine des atteintes aux biens (36 %). Sur cette période, ces personnes n'ont subi aucune des atteintes à caractère sexuel, mais sur la durée entière de la vie (avant ces deux dernières années), leur niveau de victimation en matière d'attouchements, rapports sexuels forcés (ou tentatives) est très élevé (14 % contre 7 %). 70 % de ces personnes ont subi au moins un type de violence à deux moments différents de leur vie (dans les deux dernières années et antérieurement).

La fréquence, ici élevée, des atteintes physiques subies, est cohérente avec la surexposition qui caractérise les hommes en la matière [Cavalin, 2007], ce groupe se composant à 55 % d'hommes (contre 49 % dans l'ensemble de la population). Toutefois, le niveau également élevé des violences sexuelles sur la vie entière, beaucoup plus fréquemment associées en moyenne aux femmes, mérite analyse. On constate alors que les hommes de ce groupe sont trois fois plus souvent victimes d'attouchements, rapports sexuels forcés (ou tentatives) que l'ensemble des hommes de 18 à 75 ans (9 % contre 3 %) et que les femmes le sont presque deux fois plus souvent (20 % dans le groupe 4, contre 11 % pour l'ensemble des femmes). Ces résultats montrent que ce type de violence concerne donc à la fois les femmes et les hommes de ce groupe.

Les personnes de ce groupe ont connu deux fois plus souvent un climat de violences entre leurs parents ou de graves conflits avec ceux-ci que l'ensemble de la population. Ce contexte est à rapprocher d'une souffrance due à un grave manque d'affection exprimée par ailleurs.

Dossiers • Violences, santé et événements difficiles : situation comparée des femmes et des hommes

Plus de la moitié de l'effectif de ce groupe est constituée de 18-29 ans. Étant donné ce jeune âge, il n'est pas surprenant que les personnes déclarant n'avoir eu aucun conjoint¹⁴ soient ici particulièrement nombreuses. En revanche, elles sont 9 % à avoir eu trois conjoints ou plus, contre 5 % parmi les 18-75 ans et 1 % parmi les 18-29 ans. Cette caractéristique n'est pas sans lien avec la fréquence élevée des violences enregistrées dans le groupe. On constate en effet qu'avoir eu trois conjoints ou davantage (y compris le conjoint actuel) surexpose à la survenue de presque toutes les violences interpersonnelles, que ce soit dans la période des 24 derniers mois ou antérieurement, sur le long terme¹⁵. Dans ce groupe 4, sans qu'il soit possible d'attribuer à la sphère conjugale l'existence de violences (notamment) physiques si fréquentes, le cumul de la jeunesse et d'un nombre relativement élevé de conjoints – malgré cette jeunesse – laisse penser qu'une partie au moins des violences enregistrées sont en rapport avec le caractère heurté de la biographie conjugale. Par ailleurs, on ne peut exclure l'existence de violences au sein de relations de couple pour ceux qui déclarent n'avoir eu aucun conjoint, surtout parmi les plus jeunes : il s'agirait alors de violences exercées par des partenaires avec lesquels il n'y a eu ni cohabitation (sinon de très courte durée) ni mariage, dans le cadre d'une entrée difficile dans la conjugalité.

Malgré un tel contexte biographique, les individus ne ressentent pas négativement leur santé physique : 70 % d'entre eux expriment au contraire une perception subjective favorable en la matière (c'est le cas de 63 % des 18-75 ans). Le groupe déclare par ailleurs des maladies chroniques présentes ou passées selon une fréquence proche de la moyenne. Plutôt que de parler de résilience, mieux vaut émettre l'hypothèse d'une « résistance physique » aux épreuves [Tisseron, 2003]. Mais s'il peut y avoir résistance physique, l'état de santé mentale reflète malgré tout les difficultés vécues de manière plus attendue (tableau 5). C'est aussi dans ce groupe que les risques de problèmes avec l'alcool sont les plus fréquents, au vu du test DETA (24 % des personnes composant le groupe 4 sont positives à ce test, contre 13 % des 18-75 ans). En outre, femmes et hommes sont susceptibles de présenter une consommation excessive ou une dépendance probable à l'alcool, selon le test FACE¹⁶.

À une exposition récente aux violences physiques, qui affecte *tous* les membres des quatrième et cinquième groupes, s'ajoute pour le **groupe 5** une atteinte également générale dans le domaine des violences à caractère sexuel. Ainsi, dans les 24 mois précédant l'enquête, *tous* les individus du cinquième groupe ont été confrontés à un exhibitionniste ou ont subi des contacts physiques contraints (être embrassé(e) de force...), des attouchements ou encore des rapports sexuels forcés (ou tentatives).

Pour la période plus ancienne (antérieure aux deux dernières années), le taux de victimisation qui recouvre attouchements, tentatives et rapports forcés est deux fois plus élevé que celui qui caractérise l'ensemble des personnes de 18 à 75 ans (15 % contre 7 %).

Les violences sexuelles et physiques spécifient les contours de ce groupe s'y additionnent, pour une majorité de personnes du groupe 5, des violences verbales, psychologiques, des vols (ou tentatives), cambriolages ou dégradations de biens, sur les 24 mois précédant l'enquête.

Dans ce groupe, encore davantage que dans le précédent et toujours de manière *a priori* paradoxale au vu du parcours de vie, les individus perçoivent positivement leur santé physique. C'est le cas de 68 % d'entre eux, contre 63 % de l'ensemble des 18-75 ans. Mais ils sont une majorité à percevoir négativement leur santé mentale (55 %), 9 % d'entre eux ont réalisé au moins une tentative de suicide au cours de leur vie et ils souffrent fréquemment de troubles dépressifs ou anxieux.

Groupes 6 et 7 : ils sont caractérisés par des violences subies, un état de santé dégradé et des événements de vie difficiles, le tout décliné au féminin.

Les groupes 6 et 7, dans lesquels les femmes sont surreprésentées, articulent également problèmes de santé, niveaux de victimisation élevés et événements difficiles traversés au long de la vie, sans constituer le pendant exact des groupes 4 et 5.

14. L'enquêté(e) peut désigner son actuel conjoint au sens le plus large, mais n'inclut dans ses conjoints passés que les relations de couple où il y a eu corésidence au moins trois mois consécutifs ou mariage.

15. Référence : homme de 30 à 54 ans, doté au plus d'un BEP, d'un CAP ou d'un diplôme de même niveau, n'ayant aucun lien direct avec la migration, actif occupé, vivant dans un ménage composé exclusivement d'un couple avec enfant(s), dont le niveau de vie se situe dans le deuxième quartile et ayant eu au cours de sa vie un seul conjoint. Avoir eu trois conjoints ou plus au cours de sa vie accroît la probabilité d'être exposé à des violences verbales, physiques ou psychologiques (les deux dernières années et auparavant) ou à des attouchements, rapports sexuels forcés (ou tentatives) avant les deux dernières années.

16. La consommation d'alcool tout au long de la vie a fait l'objet de questions en mode auto-administré par ordinateur pour la première fois dans une enquête statistique française. Par ailleurs, le déroulement du questionnaire « Alcool » inclut à la fois les tests AUDIT (*Alcohol use disorders identification test*), DETA (Dépendance entourage trop alcool, équivalent français du test américain CAGE) et FACE (Formule pour apprécier la consommation en entretien, test appuyé sur les deux précédents). Pour les caractéristiques et objectifs de ces tests standardisés, voir Beck F., Legleye S., 2007.

Les personnes réunies dans le **groupe 6** rapportent des événements violents beaucoup plus fréquents que l'ensemble des 18-75 ans (sauf pour les brutalités physiques récentes et les atteintes sexuelles plus anciennes). La totalité des individus du groupe a été victime d'exhibitionnisme, de contacts physiques contraints, d'attouchements, de rapports sexuels forcés (ou tentatives) pendant les deux dernières années (contre 3 % des 18-75 ans). Les événements de vie (notamment conflits graves avec les parents) sont aussi plus fréquemment difficiles que pour l'ensemble de la population de la même tranche d'âge.

Toutefois, en dehors des atteintes à caractère sexuel subies au cours des deux années écoulées, auxquelles tous les individus ici se déclarent soumis, ce groupe présente une moindre exposition aux violences que les groupes 3, 4, 5 et 7. Les personnes touchées par des événements difficiles dans leur entourage y sont en outre souvent moins nombreuses, dans un contexte matériel sans doute aussi plus favorable (davantage de personnes ayant atteint un niveau de diplôme au moins égal au baccalauréat + 2, moins de chômeurs).

Bien que comptant davantage de jeunes que la population (43 % ont entre 18 et 29 ans), ce groupe comporte 13 % de personnes âgées de 55 à 75 ans, soit beaucoup plus que les groupes 4, 5 et 7 (5 % au maximum). Le nombre de conjoints au cours de la vie se répartit également différemment : les personnes ayant eu plusieurs conjoints représentent 16 % des individus, alors qu'ils sont entre 26 % et 33 % dans les groupes 3, 4, 5 et 7 et 20 % pour l'ensemble des 18-75 ans. Âge, conjugalité et événements difficiles traversés au cours de la vie ne sont pas les seules explications de la moindre exposition du groupe 6, mais elles permettent de contextualiser ces niveaux de victimation relativement faibles par rapport aux groupes 4, 5 et 7.

La principale singularité de ce sixième groupe en matière d'état de santé est visible par une exploration un peu plus détaillée de la santé mentale, pour ce qui relève de quelques pathologies spécifiques (épisode dépressif majeur, anxiété généralisée...) ou des troubles du sommeil. En la matière, tout comme pour la morbidité chronique déclarée ou la santé perçue, ce groupe présente une sorte de position intermédiaire entre la « bonne santé » du groupe 1 et la « mauvaise santé » du groupe 2, dans une position beaucoup plus favorable que les groupes 3, 4, 5 et 7. Ce résultat est particulièrement remarquable lorsque l'on se souvient que ce groupe est à dominante féminine, caractéristique pourtant associée à un état de santé (mentale en particulier) moins satisfaisant que celui des hommes.

Tous les individus du **groupe 7** rapportent, comme dans les groupes 5 et 6, avoir subi au cours des deux années précédant l'enquête des atteintes à caractère sexuel, qu'il s'agisse d'attouchements, de rapports sexuels forcés (ou tentatives), de scènes d'exhibitionnisme ou de contacts physiques contraints. Tous signalent également que sur l'un au moins des cinq types de violences questionnés dans EVS, ils ont été victimes d'événements survenus à la fois avant les deux dernières années et au cours de celles-ci.

Au total, pour presque toutes les atteintes violentes, toutes périodes de survenue confondues, ce sont plus de la moitié des individus du groupe 7 qui sont touchés. Ce constat se vérifie même pour les attouchements, rapports sexuels forcés (ou tentatives) subis avant les deux dernières années : 55 % des personnes du groupe 7 s'en déclarent victimes, alors que ces événements n'affectent qu'une minorité d'individus parmi les 18-75 ans (7 %), comme au sein des six autres groupes.

Bien que majoritairement féminin et que les violences physiques soient significativement associées au fait d'être un homme, le groupe 7 présente un niveau de victimation très élevé, pour la période antérieure aux deux années précédant l'enquête, avec 64 % de victimes contre 18 % dans l'ensemble des 18-75 ans.

Les groupes 5 et 7 présentent un rapport de symétrie : groupes à dominantes masculine et féminine respectivement, jeunes dans leur composition (surtout le groupe 5), globalement caractérisés par des niveaux élevés d'exposition aux violences, ils rapportent en particulier les plus hauts niveaux d'atteintes physiques et sexuelles vécues avant les deux dernières années (le groupe 7 culminant de très loin pour les violences sexuelles).

La seule exception notable à la très forte exposition aux violences du groupe 7 concerne les brutalités physiques récentes, puisque aucun événement de ce genre ne s'est produit au sein de ce groupe pendant les 24 derniers mois. Ce constat peut faire l'objet d'une hypothèse : à défaut d'une protection à l'encontre des atteintes aux biens, des violences verbales, sexuelles ou psychologiques, les personnes du groupe 7 se trouveraient, au moment de l'enquête, dans une période de rémission du point de vue des violences physiques. Une interprétation optimiste consisterait à voir dans le niveau très élevé de la victimation passée une cause directe de l'absence de violences physiques dans la période récente, en supposant que les victimes soient parvenues à créer les conditions d'un éloignement avec leur agresseur.

L'état de santé des personnes du septième groupe se présente comme très peu satisfaisant, particulièrement en matière de santé mentale : le groupe 7 est celui qui déclare le plus fréquemment des symptômes, pour presque tous les types de troubles. On y constate le plus haut taux de tentatives de suicide parmi les sept groupes (16 %), la deuxième fréquence la plus élevée de personnes présentant un test DET A positif et de très fréquentes situations « à problèmes » selon le test FACE.

Dossiers • Violences, santé et événements difficiles :
situation comparée des femmes et des hommes

Sans contraste avec ces traits en matière de santé, les événements vécus dénotent un parcours biographique difficile, assez proche du portrait déjà brossé en la matière à propos du groupe 5.

Les caractéristiques sociodémographiques, socioculturelles ou socio-économiques des individus de ce dernier groupe permettent, enfin, de saisir un peu mieux le contexte dans lequel prennent place les difficultés analysées ci-dessus. Ainsi, son caractère à dominante féminine rime avec le niveau élevé des atteintes à caractère sexuel déclarées ou la fréquence des tentatives de suicide et concourt sans doute globalement à la mauvaise qualité de l'état de santé mentale perçue. Le jeune âge, en outre, se présente comme cohérent avec la fréquence élevée de la plupart des violences [Cavalin, 2007].

**■ VIOLENCES SUBIES ET PROBLÈMES DE SANTÉ ASSOCIÉS :
UN PARCOURS DE VIE DIFFICILE**

Du point de vue de la santé (santé physique et mentale subjectivement perçue, nombre de maladies chroniques présentes et passées), le profil des individus qui composent le groupe 6 ou le groupe 4 n'est pas très différent de celui de l'ensemble des personnes de 18 à 75 ans. En forçant à peine le trait, on pourrait décrire les deux tiers de la population des individus vivant en ménage ordinaire comme se partageant à peu près pour moitié entre un bon et un mauvais état de santé (groupes 1 et 2 respectivement), tous relativement à l'abri d'atteintes violentes et d'événements difficiles de la vie. Le tiers restant constituerait un ensemble de personnes subissant toutes, à des degrés divers, des violences, dans un contexte biographique difficile, tout en se caractérisant par un état de santé moyen.

À en rester là, cette analyse ne permet pas de comprendre les liens existant entre violences et santé. Plusieurs éléments, repris des portraits des sept groupes détaillés ci-dessus, permettent d'approfondir l'exploration de l'état de santé, plus particulièrement pour la santé mentale.

Il faut d'abord rappeler que l'état de santé moyen constaté parmi les 18-75 ans provient mathématiquement du fait que les groupes 1 et 2, majoritaires à eux deux, possèdent des effectifs proches, si bien que leurs effets en termes de lecture de l'état de santé tendent à se neutraliser.

De plus, c'est finalement en matière de santé mentale beaucoup plus que physique que les groupes 3 à 7, par rapport aux groupes 1 et 2, se distinguent. Ainsi, la population confrontée à la fois à des violences et des événements de vie difficiles, peu caractéristique en termes globaux de « santé », apparaît susceptible de présenter un état de santé mentale dégradé et une consommation excessive d'alcool ou une alcoolodépendance. L'exception du groupe 6 à cette règle illustre une configuration particulière : dans des conditions de vie relativement plus favorables que celles des groupes 3, 4, 5 et 7, les violences subies ne sont pas associées à un état de santé mentale aussi dégradé ni à des problèmes de consommation d'alcool aussi fréquents.

En dehors de toute considération liée aux atteintes violentes subies, les enquêtes statistiques portant sur la santé établissent invariablement d'importants écarts de perception dans ce domaine, entre femmes et hommes. À ce constat qu'elle partage, l'enquête EVS permet d'ajouter non seulement que toutes les catégories de violences ne touchent pas également les femmes et les hommes, mais aussi que, selon le genre, le profil des relations entre violences subies et santé n'est pas identique en tous points. C'est ce qui apparaît dans la singularité des groupes de la typologie présentée ci-dessus, dont certains sont à nette dominante féminine et d'autres masculine.

Cependant, les victimes de violences (femmes et hommes) qui présentent des caractéristiques de santé différentes de celles de l'ensemble de la population (dégradées par certains aspects) ont en commun des parcours de vie douloureux à beaucoup d'égards, émaillés d'événements difficiles d'ordres très divers, « violents » eux aussi, dans un sens élargi par rapport à celui du questionnaire d'EVS (décès, violences familiales, graves carences affectives, privations matérielles...). De plus, c'est principalement en matière de santé mentale que les femmes comme les hommes expriment le retentissement sur leur santé des diverses brutalités endurées, état de santé mentale qui constitue aussi probablement une caisse de résonance aux violences et aux autres difficultés éprouvées.

Enfin, pour donner un sens global à ce que l'on peut entendre ici par analyse des violences « en population générale » ou dans les « ménages ordinaires », on peut estimer que les femmes autant que les hommes des groupes 4, 5 et 7 se trouvent dans des situations tout juste identifiables par une enquête telle qu'EVS. Au-delà, il existe des personnes dont l'état de santé est encore plus dégradé, qui ont des difficultés matérielles plus importantes et souffrent de violences actuelles très fortes. Ces faits sont très difficiles à repérer par une enquête statistique, même assortie de précautions en termes de méthode et de protocole. Très minoritaires en effectifs, sur l'ensemble de la population des ménages, ces personnes connaissent des conditions de vie qui, si on pouvait les intégrer à l'exploration statistique des liens entre violences et santé, tendraient à dramatiser et durcir certaines des conclusions présentées ici.

Références

- **Algava É., Bègue M.**, 2006, « Perception et vécu des comportements intolérants. Une analyse du module *Relations avec les autres* de l'enquête *Histoire de vie* », *Économie et Statistique*, n° 393-394 : 115-50, novembre.
- **Beck F., Guilbert P., Gautier A.** (dir.), 2007, *Baromètre Santé 2005. Attitudes et comportements de santé*, Saint-Denis, INPES, coll. Baromètres Santé, 608 p.
- **Cavalin C.**, 2007, « Les violences subies par les personnes âgées de 18 à 75 ans. Premiers résultats de l'enquête Événements de vie et santé (1/2) », *Études et résultats*, DREES, n° 598, septembre.
- **Condon S., Lieber M., Mailliochon F.**, 2005, « Insécurité dans les espaces publics : comprendre les peurs féminines », *Revue française de sociologie*, 46-2 : 265-94.
- **Chetcuti N., Jaspard M.**, 2007, *Violences envers les femmes. Trois pas en avant deux pas en arrière*, Paris, L'Harmattan, collection « Bibliothèque du féminisme ».
- **García-Moreno C.**, 2008, « Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence : an observational study », *The lancet*, 371 : 1165-72, avril.
- **Hagemann-White et al.**, 2008, « Gendering human right violations : The case of interpersonal violence – Coordination action on human rights violations (CAHRV), Final report (2004-2007) », *EU Research on social sciences and humanities*, Luxembourg, office for official publications of the European Communities : <http://www.cahrvi.uni-osnabrueck.de/reddot/190.htm>
- **Hervé C., François I.**, 2002, « Place du médecin dans la victimologie : perspective historique, épistémologique et éthique », INSERM : <http://infodoc.inserm.fr/ethique/Ethique.nsf/397fe8563d75f39bc12563f60028ec43/db4c5f32bb68f29380256c8d00327abd>
- **Jaspard M., Brown E., Condon S., Fougeyrollas-Schwebel D., Houel A. et al.**, 2003, *Les violences envers les femmes en France. Une enquête nationale*, La Documentation française.
- **Krug E., Dahlberg L., Mercy J., Zwi A., Lozano-Ascencio R.**, 2002, *Rapport mondial sur la violence et la santé*, Organisation mondiale de la santé.
- **Legleye S., Beck F.**, 2007, « Alcool : une baisse sensible des niveaux de consommation », in **Beck F., Guilbert P., Gautier A.** (dir.), *Baromètre Santé 2005*, INPES, 113-54.
- **Martínez M., Schröttle M.**, 2006, « State of European research on the prevalence of interpersonal violence and its impact on health and human rights available in Europe », *EU Research on social sciences and humanities - Co-ordination Action on Human Rights and Violence (CAHRV)*, Office for official publications of the European Communities, consultable sur le site du CAHRV : <http://www.cahrvi.uni-osnabrueck.de/reddot/190.htm>
- **Observatoire national de la délinquance**, 2007, *La criminalité en France. Rapport de l'Observatoire national de la délinquance*, CNRS.
- **Ogrodnik L.**, 2007, *La violence familiale au Canada : un profil statistique 2007*, Statistique Canada, n° 85-224, octobre.
- **Organisation mondiale de la santé**, 2002, *Rapport mondial sur la violence et la santé : résumé*, OMS.
- **Tisseron S.**, 2003, « Résilience ou la lutte pour la vie », *Le Monde diplomatique*, p. 21, août.
- **Tursz A.**, 2006, *Violence et santé. Rapport préparatoire au plan national*, La Documentation française.
- **Young A.**, 2002, « L'auto-victimisation de l'agresseur : un éphémère paradigme de maladie mentale : The self-traumatized perpetrator : a transient mental illness », *L'Évolution Psychiatrique*, vol. 67, Issue 4, 651-75.

données de cadrage



Cadrage sociodémographique

Au 1^{er} janvier 2008, la population résidant en France est estimée à 63,8 millions d'habitants dont 51,4 % de femmes. Depuis 1998, la population s'accroît en moyenne de 380 000 personnes par an. Sur cette période, l'excédent naturel explique environ 65 % de l'accroissement total de la population. La France représente un peu moins de 13 % de la population de l'Europe des 27. Elle se classe au deuxième rang derrière l'Allemagne (82,3 millions au 1^{er} janvier 2007) et juste devant le Royaume-Uni (60,9 millions) et l'Italie (59,1 millions).

■ UNE SURREPRÉSENTATION DES FEMMES DANS LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE

La population féminine résidant en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer au 1^{er} janvier 2008 est estimée à plus de 32,5 millions contre 31 millions de Français. Ce dénombrement masque deux constats importants. D'une part, la surreprésentation féminine ne se vérifie pas à tous les âges de la vie (tableau 1). À la naissance, en effet, ce sont les garçons les plus nombreux et ce constat perdure jusqu'à l'âge de 35 ans. Passé cet âge, la tendance s'inverse et le déséquilibre s'intensifie aux âges élevés puisqu'au 1^{er} janvier 2008, 63 % des personnes âgées de 75 ans ou plus étaient des femmes. D'autre part, la structure par âge de la population évolue sensiblement sous l'effet du double processus de la hausse des niveaux de fécondité et de l'allongement de l'espérance de vie. Ainsi, le vieillissement de la population se poursuit. Au 1^{er} janvier 2008, 16,3 % des habitants ont 65 ans ou plus, soit 0,8 point de plus que dix ans plus tôt. 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 %. La France se situe ainsi dans la moyenne des pays européens. Dans le même temps, la part des jeunes de moins de 20 ans a diminué de 26,0 % à 24,9 %.

■ PLUS DE LA MOITIÉ DES FEMMES DE 75 ANS OU PLUS VIVENT SEULES

En 2007, sept années séparent l'espérance de vie à la naissance des femmes (84,4 ans) et des hommes (77,5 ans). En 10 ans, les gains d'espérance de vie sont de trois années pour les hommes et de deux années pour les femmes. L'écart entre les hommes et les femmes continue de se réduire. Il est passé de 7,9 ans en 1996 en faveur des femmes à 6,9 ans en 2006 (stable en 2007).

L'isolement des personnes âgées s'aggrave avec le vieillissement. Ce phénomène touche davantage les femmes qui, vivant en moyenne plus longtemps, perdent plus souvent leur

conjoint et se retrouvent seules. Au-delà de 80 ans, plus de 60 % des femmes vivent seules contre seulement 21 % des hommes. De même, avec le vieillissement, les situations de personnes âgées seules cohabitantes avec leurs descendants deviennent, surtout pour les femmes, de plus en plus fréquentes. Les établissements d'hébergement pour personnes âgées accueillent en 2003 plus de 640 000 personnes dont trois quarts étaient des femmes. Les femmes entrent en institution plus tard que les hommes et y restent plus longtemps de sorte qu'en moyenne, les femmes hébergées dans ces structures sont plus âgées que les hommes (85 ans contre 79 ans). Du fait de leur âge plus avancé, les femmes accueillies sont également plus fréquemment en situation de forte dépendance.

■ L'AVANTAGE DES FILLES DE L'ÉCOLE PRIMAIRE AU BACCALURÉAT

Selon les données du ministère de l'Éducation nationale¹, l'espérance de scolarisation des filles à l'âge de deux ans s'élevait en 2006 à 19,1 années contre 18,5 ans pour les garçons ; un écart qui s'est accru depuis le début des années 1990, puis s'est stabilisé au cours des années 2000. Scolarisées plus longtemps, leur cursus scolaire se singularise de celui des garçons, que ce soit dans les pourcentages de réussite comme dans les orientations choisies. À l'école primaire, leur taux de redoublement est plus faible que celui des garçons et ce, quelle que soit la profession ou la catégorie socioprofessionnelle (PCS) des parents. À l'âge de 11 ans, 82 % des filles sont entrées au collège contre 76 % des garçons. Cet avantage perdure jusqu'à la fin du collège avec un plus fort taux de réussite féminine au brevet des collèges : 82 % contre 75,5 %.

Au lycée, où la proportion de filles est plus élevée (près de 55 % des effectifs à la rentrée 2006-2007), un tournant s'opère avec le choix des filières : seulement 46 % d'entre elles se retrouvent dans la série scientifique contre

63,3 % dans la série économie et plus de 80 % dans la série littéraire. À l'issue des études secondaires, les filles sont plus nombreuses à obtenir leur baccalauréat (83,7 contre 80,2 % en 2006) et elles reçoivent plus fréquemment une mention. Parallèlement, un garçon sur cinq et une fille sur six sortent du système éducatif avec au mieux un brevet des collèges.

■ FILLES ET GARÇONS FONT DES CHOIX DISTINCTS D'ORIENTATION DANS LA POURSUITE DES ÉTUDES SUPÉRIEURES

Si l'orientation choisie pour les études supérieures est fortement influencée par la filière du baccalauréat, les données du ministère de l'Éducation nationale mettent en évidence des choix distincts pour les filles et les garçons sortant d'une même filière. Ainsi, près de 30 % des garçons issus de la série mathématique du baccalauréat s'inscrivent en classe préparatoire aux grandes écoles, alors que seules 20 % des filles issues de cette même série font ce choix. Dans l'enseignement supérieur, ces dernières sont surreprésentées dans les écoles paramédicales (hors université) où elles constituent à la rentrée 2006-2007 plus de 80 % des effectifs, mais on les retrouve aussi dans les écoles préparant aux fonctions sociales (80 %), dans les écoles vétérinaires (68 %), les écoles de journalisme (66 %), tandis qu'elles représentent seulement 26 % des inscrits dans les formations d'ingénieurs. À l'université, elles choisissent plutôt les filières des langues (75 % des inscrits en cursus licence en 2006), des lettres (73 %) et des sciences humaines (71 %).

■ LE DÉSAVANTAGE DES FEMMES À L'HEURE DE S'INSÉRER SUR LE MARCHÉ DU TRAVAIL

L'insertion des femmes sur le marché du travail est plus difficile que pour les hommes, l'obtention de diplômes à caractère moins professionnalisant les pénalisant. Ce désavantage se mesure notamment à travers les écarts entre les taux de chômage masculins et féminins à la sortie de leur formation initiale, même s'il faut nuancer ce constat en fonction du niveau du diplôme. C'est parmi les jeunes adultes peu ou pas diplômés (brevet, CEP et sans diplôme) et, dans une

1. « Filles et garçons à l'école, sur le chemin de l'égalité », Direction générale de l'enseignement scolaire et Direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance, mars 2008, 34 p.

Tableau 1 • Population totale par sexe et âge au 1^{er} janvier 2008*

	Ensemble		Hommes		Femmes	
	Effectifs	Pourcentage	Effectifs	Pourcentage	Effectifs	Pourcentage
0-14 ans	11 809 384	18,5	6 041 235	19,5	5 768 149	17,6
15-24 ans	8 083 964	12,7	4 100 103	13,2	3 983 861	12,2
25-44 ans	17 247 538	27,1	8 605 998	27,8	8 641 540	26,4
45-64 ans	16 228 448	25,5	7 943 456	25,6	8 284 992	25,3
65-84 ans	8 952 788	14,0	3 872 298	12,5	5 080 490	15,5
85 ans ou plus	1 431 018	2,2	419 190	1,4	1 011 828	3,1
Total	63 753 140	100,0	30 982 280	100,0	32 770 860	100,0

* Évaluation provisoire basée sur les résultats des recensements de 2004, 2005 et 2006.

Champ : France entière.

Sources : INSEE, état civil et recensements.

CHAMP • France métropolitaine et départements d'outre-mer.

SOURCES • INSEE, Eurostat pour les données européennes.

CONSTRUCTION DES INDICATEURS •

- Taux de natalité : rapport du nombre de naissances vivantes de l'année à la population totale moyenne de l'année.
- Taux de fécondité est le rapport du nombre de naissances vivantes de l'année à l'ensemble de la population féminine en âge de procréer (nombre moyen des femmes de 15 à 50 ans sur l'année). À la différence de l'indicateur conjoncturel de fécondité, son évolution dépend en partie de l'évolution de la structure par âge des femmes âgées de 15 à 50 ans.
- Indicateur conjoncturel de fécondité : somme des taux de fécondité par âge observés une année donnée. Cet indicateur donne le nombre d'enfants qu'aurait une femme tout au long de sa vie si les taux de fécondité observés à chaque âge l'année considérée demeuraient inchangés. Il est parfois exprimé en « nombre d'enfants pour 100 femmes ».
- La descendance finale est le nombre moyen d'enfants que mettrait au monde une génération de femmes, non soumises à la mortalité, tout au long de leur vie féconde.
- Le sous-emploi est entendu ici comme le fait de souhaiter travailler plus et être disponible pour le faire.

LIMITES ET BIAIS • Données exhaustives.

RÉFÉRENCES •

- Chardon O., Daguet F., Vivas E., 2008, « Les familles monoparentales, des difficultés à travailler et à se loger », INSEE, *INSEE première*, n° 1195, juin.
- Jauneau Y., 2007, « L'indépendance des jeunes adultes : chômeurs et inactifs cumulent les difficultés », INSEE, *INSEE première*, n° 1156, septembre.
- Pla A., 2008, « Bilan démographique 2007, des naissances toujours très nombreuses », INSEE, *INSEE première*, n° 1170, janvier.
- Prioux F., 2006, « Vivre en couple, se marier, se séparer : contrastes européens », INED, *Population et Sociétés*, avril 2006, n° 422, 2 p. Données de l'enquête sur l'histoire familiale (EHF) INSEE/INED effectuée en 1999.
- Vanderschelden M., 2006, « Les ruptures d'unions plus fréquentes mais pas plus précoces », INSEE, *INSEE première*, novembre.
- 2008, « Femmes et hommes : Regards sur la parité », INSEE, *INSEE référence*, 238 p.
- 2008, « Filles et garçons à l'école. Sur le chemin de l'Égalité », Direction générale de l'enseignement scolaire, Direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance, 34 p., mars

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • DREES.

Cadrage sociodémographique (suite)

moindre mesure, parmi les titulaires du baccalauréat que ces écarts sont les plus marqués alors qu'ils sont quasi inexistantes parmi ceux ayant fait des études supérieures courtes ou longues (tableau 2).

La plus grande difficulté d'insertion des femmes se traduit aussi par une plus forte inactivité. À diplôme identique et quel que soit le niveau de ce diplôme, les femmes font le choix ou renoncent plus fréquemment à chercher un emploi. En 2007, parmi les jeunes ayant quitté leur formation un à quatre ans auparavant, le taux d'inactivité de ceux ayant au mieux un brevet ou un CEP atteint 18 % pour les hommes et 34 % pour les femmes. Chez les diplômés du supérieur, ils s'élèvent respectivement à 4 % et 7 %. Ces résultats mettent en évidence un autre résultat : le niveau de diplôme influence directement le niveau de l'inactivité féminine : comparé aux diplômées de l'enseignement supérieur (7 %), elle touche deux fois plus les titulaires du baccalauréat (14 %) et quatre fois plus celles ayant au mieux un brevet ou un CEP (34 %).

■ UNE INDÉPENDANCE RÉSIDENNELLE QUI SURVIENT PLUS TÔT CHEZ LES FEMMES

Bien que poursuivant plus longtemps leurs études, les filles quittent plus jeunes que les garçons le domicile parental. Entre 18 et 21 ans, une jeune fille sur quatre ne cohabite plus avec ses parents alors que c'est seulement le cas d'un jeune homme sur dix. Outre l'âge, les modalités du départ diffèrent entre les sexes, les filles étant davantage motivées par le désir de s'installer en couple. L'observation des modes de cohabitation parmi les 15-29 ans témoigne de ce constat : en 2007, 30,4 % des jeunes femmes de 20-24 ans habitent avec un conjoint contre 15,3 % des jeunes hommes. À partir de 25 ans, l'indépendance résidentielle devient la norme : seuls deux garçons sur dix et une fille sur dix âgés de 25-29 ans prolongent la cohabitation entre générations.

Si le calendrier de départ de chez les parents a peu évolué depuis trente ans, ce n'est pas le cas de celui du premier mariage qui n'a cessé de reculer depuis la fin des années 1960, passant de 22,4 ans pour les femmes entre 1967 et 1974 à 29,5 ans en 2007 (31,5 ans pour les hommes). Désormais, le mariage n'est plus le mode de mise en couple. Autre évolution depuis le milieu

des années 1970 : de nombreuses unions ne débouchent pas sur un mariage. Parmi les couples qui ont démarré leur première vie en couple par une cohabitation informelle au début des années 1990, seuls 22 % étaient mariés dans les deux ans qui ont suivi le début de la cohabitation et 43 % cinq ans après³.

■ DES UNIONS QUI NE DURENT PAS

La plus grande fragilité des unions, qu'il s'agisse des unions hors mariage pour lesquelles la probabilité de rupture est plus élevée mais aussi des unions formalisées par le mariage (en 2006, pour 1 000 mariages célébrés en 2002, 30 se sont terminés par un divorce, dix ans plus tôt, c'était le cas de 23 mariages célébrés quatre ans plus tôt), conduit de plus en plus de femmes à vivre seules ou avec des enfants à charge, ces derniers étant confiés, dans la très grande majorité des cas, à leur mère. Cette issue dans les parcours biographiques est fortement conditionnée par les caractéristiques mêmes de l'union (âge au début de l'union, mode d'entrée en union...), mais aussi par le profil social et l'origine sociale des conjoints. Ainsi, une femme qui s'est mise en couple avant l'âge de 20 ans a un risque annuel de rupture doublé⁴ (+96 %) par rapport aux femmes mises en couple à partir de 25 ans et ayant les mêmes caractéristiques (année de mise en couple, groupe social d'upère...). De même, il apparaît que pour les femmes cadres, le risque annuel de rupture est 1,1 fois plus élevé que pour les femmes employées ayant les mêmes caractéristiques. C'est la tendance inverse qui est observée chez les hommes où l'inactivité est un facteur aggravant de rupture. En revanche, on retrouve, comme chez les femmes, la pécocité de la mise en couple comme facteur favorisant la rupture.

■ DE PLUS EN PLUS DE FEMMES SEULES AVEC ENFANTS

Bien que la monoparentalité soit souvent associée à la précarité, la diversité des modes d'entrée dans la monoparentalité multiplie le profil socio-économique des monoparents. Selon l'enquête Étude de l'histoire familiale réalisée en 1999, 55 % des chefs de famille monoparentale l'étaient devenus après le décès de leur conjoint en 1962 ; ce pourcentage n'est plus que de 10 % en 1999. Parallèlement, la part des célibataires a progressé de 9 % à 32 % au cours de la

même période. Aujourd'hui, il y a près de 2 000 000 de familles monoparentales. 85 % des parents à la tête de ces familles sont des femmes. Ces mères sont plutôt moins instruites que celles vivant en couple, 23 % ont un diplôme du supérieur contre 30 % pour les mères en couple⁵, et doivent faire face à la difficile conciliation entre leur vie familiale, sociale et professionnelle. Leurs difficultés sont d'autant plus importantes que l'augmentation du nombre des familles monoparentales s'est inscrite ces vingt dernières années dans un contexte de plus forte instabilité du marché du travail.

■ PLUS D'UNE FEMME SUR DEUX ÂGÉES DE 15 ANS OU PLUS EST PRÉSENTE SUR LE MARCHÉ DU TRAVAIL EN 2007

En 2007, le taux d'activité des femmes âgées de 15 ans ou plus est de 51,2 % (INSEE, enquête Emploi du 1^{er} au 4^e trimestre 2007). Ainsi, un peu plus d'une femme sur deux est présente sur le marché du travail contre 62 % des hommes. Quant aux taux d'emploi féminins et masculins, ils s'établissent respectivement à 46,8 % et 57,3 %. Si plus de huit femmes sur dix âgées de 25 à 49 ans sont actives, la présence des jeunes femmes de moins de 25 ans est en recul depuis le milieu des années 1970 avec un taux d'activité qui est passé de 50,1 % en 1975 à 31,8 % en 2007. La même tendance est observée chez les hommes et s'explique par l'allongement du taux de scolarisation. L'âge médian à la fin des études n'a cessé, en effet, de se rallonger depuis les années 1980, de 18,5 ans en 1985 à 20,3 ans en 2003⁶. 57,1 % des jeunes femmes étaient encore scolarisées à l'âge de 20 ans en 2005-2006 et plus de 26 % à l'âge de 23 ans (les pourcentages s'établissent respectivement à 48,8 % et 21,8 % chez les garçons).

■ DES SITUATIONS FÉMININES PLURIELLES SUR LE MARCHÉ DU TRAVAIL

Les différences hommes/femmes sur le marché du travail ne se lisent pas uniquement en termes de présence, mais aussi à travers le profil des emplois et les types de contrats occupés. En 2007, 82,3 % des emplois à temps partiel sont occupés par les femmes. Près d'un tiers des femmes travaille à temps partiel (30,2 %) pour à peine 6 % des hommes (tableau 3). Cette spécificité de la concentration

de l'emploi féminin dans le temps partiel parfois choisi, souvent contraint, s'associe à une autre singularité, la précarité des contrats. 12 % des femmes salariées ne peuvent compter que sur un contrat à durée déterminée (7,2 % des hommes). Autre caractéristique de l'emploi féminin : il se concentre dans certains secteurs d'activité : l'éducation, la santé et l'action sociale qui compte 74,9% de personnel féminin (30,3% de la population féminine occupée), les services aux particuliers (où la part des femmes s'élève à 61,8 % et où se concentre 11,3 % de la population féminine occupée). ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA FICHE •
INSEE - DREES

2. *INSEE Première*, n° 1156, septembre 2007.
3. *Population et Sociétés*, n° 422, avril 2006, p. 2. Données de l'enquête sur l'histoire familiale (EHF) INSEE/INED effectuée en 1999.
4. « Les ruptures d'unions plus fréquentes mais pas plus précoces », 2006, *INSEE Première*, n° 1107, novembre.
5. « Les familles monoparentales, des difficultés à travailler et à se loger », INSEE, *INSEE Première*, n° 1195, juin 2008.
6. INSEE, *Données sociales*, édition 2006.

synthèse

Les femmes sont plus endinées à vivre en couple au départ de chez leurs parents (près d'une fille de 20-24 ans sur trois vit en couple contre un garçon sur six de la même classe d'âge), mais elles se retrouvent plus fréquemment seules par la suite, après une rupture conjugale et surtout en fin de vie : trois personnes âgées sur quatre accueillies en 2003 en établissements d'hébergement pour personnes âgées étaient des femmes.

Par ailleurs, les femmes réussissent plutôt mieux que les hommes leurs études, mais se retrouvent davantage pénalisées sur le marché du travail entre temps partiel subi (9 % des femmes occupant un emploi contre 2,5% chez les hommes en 2007) et contrats précaires (12% des salariées ont un contrat à durée déterminée contre 7% chez les hommes). En outre, la moitié des femmes âgées de 15 ans et plus sont inactives.

Tableau 2 • Taux de chômage selon le diplôme, le sexe et la durée écoulée depuis la sortie de la formation initiale

	Enseignement supérieur long	Enseignement supérieur court	Bac et équivalents	CAP-BEP et équivalents	Brevet, CEP et sans diplôme	Ensemble
Sortis depuis 1 à 4 ans de formation initiale						
Hommes	9	11	14	19	36	17,1
Femmes	9	7	13	27	41	14,8
Ensemble	9	9	14	22	37	16,0
Sortis depuis 5 à 10 ans de formation initiale						
Hommes	5	5	6	11	22	9,0
Femmes	5	5	11	14	29	10,4
Ensemble	5	5	8	12	24	9,6
Sortis depuis 11 ans et plus de formation initiale						
Hommes	4	4	4	4	9	5,6
Femmes	5	4	6	6	10	6,8
Ensemble	4	4	5	5	9	6,2

Champ : France métropolitaine ; actifs sortis de formation initiale.

Sources : INSEE, enquêtes Emploi (en moyenne annuelle, données révisées en fonction des estimations démographiques 2007).

Tableau 3 • Emplois selon la durée et part du sous-emploi* parmi les travailleurs à temps partiel

	Hommes	Femmes	Ensemble
Emplois selon leur durée			
Temps complet	94,3	69,8	82,8
Temps partiel	5,7	30,2	17,2
Actifs ayant un emploi	100	100	100
Sous-emploi parmi les temps partiels			
15-24 ans	36,1	44,1	41,5
25-49 ans	46,4	30,7	32,9
50 ans ou plus	20,5	20,5	20,5
Ensemble des temps partiels	36,1	29,2	30,4

* Le sous-emploi est entendu ici comme le fait de souhaiter travailler plus et être disponible pour le faire.

Champ : France métropolitaine ; actifs de 15 ans ou plus ayant un emploi.

Sources : INSEE, enquêtes Emploi (en moyenne annuelle, données révisées en fonction des estimations démographiques 2007).

Espérance de vie

Au **xx^e siècle**, la mortalité des femmes a considérablement reculé, plus rapidement que celle des hommes. L'écart d'espérance de vie entre femmes et hommes s'est ainsi largement creusé. Au début des années 1980, cet écart atteignait en France 8,2 ans. Les raisons de l'avantage féminin ont été largement débattues : avantage biologique, comportements plus favorables à la santé, rapport plus facile à la médecine [Vallin, 2002]. Depuis deux décennies, cet avantage a toutefois commencé à se réduire, dans les pays anglo-saxons et nordiques tout d'abord, puis plus récemment en France ou dans les pays méditerranéens [Méslé, 2004]. Les hommes rattrapent peu à peu leur retard grâce à une réduction de la mortalité due aux maladies cardiovasculaires et au cancer, notamment bronchopulmonaire.

■ ESPÉRANCE DE VIE : DEPUIS LES ANNÉES 1990, L'ÉCART DIMINUE ENTRE FEMMES ET HOMMES

De 1950 à 2005, l'écart d'espérance de vie entre les femmes et les hommes s'est nettement creusé à tous les âges. Toutefois, l'évolution annuelle de cet écart varie avec l'âge (graphique 1). Pour l'espérance de vie à la naissance et à 35 ans, la différence entre femmes et hommes a nettement changé de cap. En augmentation rapide jusqu'au début des années 1980, elle s'est ensuite stabilisée une dizaine d'années avant de se réduire sensiblement dans la dernière décennie du **xx^e siècle**. À 65 ans, l'écart entre l'espérance de vie féminine et masculine a continué de se creuser jusqu'au milieu des années 1990 mais diminue depuis 1997. Toutefois, l'année 2003 est marquée par une encoche due à une surmortalité durant la canicule plus importante chez les femmes que chez les hommes, mais dès 2004, la tendance antérieure a repris son cours. L'accident de la canicule est encore plus visible sur l'évolution de l'écart d'espérance de vie à 80 ans puisqu'à cet âge, il a brièvement interrompu une tendance qui reste à la hausse.

■ UNE SURMORTALITÉ MASCULINE PLUS FORTE À 20 ET À 60 ANS

La surmortalité masculine varie considérablement d'un âge à l'autre (graphique 2). De 1950 à 1980, ce rapport a notablement augmenté

mais de façon très différente selon l'âge, dessinant progressivement un profil à double bosse très caractéristique avec un premier pic de surmortalité assez aigu vers 20 ans et un deuxième sommet plus arrondi vers 60 ans. Entre 1980 et 2000, ce deuxième sommet s'est réduit et déplacé vers des âges plus élevés.

■ DES COMPORTEMENTS PLUS FAVORABLES À LA SANTÉ ADOPTÉS PAR LES HOMMES

Après la Seconde Guerre mondiale, l'accroissement des inégalités d'espérance de vie entre femmes et hommes est essentiellement dû aux évolutions, moins favorables pour les hommes, des mortalités cardiovasculaire et cancéreuse aux âges adultes actifs. En 1980, la surmortalité masculine pour ces deux causes de décès contribuait à 55% de la différence d'espérance de vie entre les sexes (graphique 3). Depuis, la stabilisation puis la réduction de l'écart tient d'abord à la réduction du poids des maladies cardiovasculaires et des morts violentes, suivies à partir du milieu des années 1990 par les cancers.

Parce que, pour des raisons physiologiques, historiques et culturelles, leurs comportements diffèrent, les hommes et les femmes ne tirent pas le même parti des progrès sanitaires [Vallin, 2002]. Le retard masculin tient en premier lieu à des attitudes plus nocives pour la santé. Plus engagés dans des activités profes-

sionnelles à risque, consommant davantage d'alcool et de tabac, conduisant plus souvent, les hommes ont été atteints prématurément et plus fortement que les femmes par l'émergence des maladies de société. La forte hausse des accidents de la circulation et l'augmentation des cancers du poumon ont concouru à creuser profondément les écarts d'espérance de vie entre femmes et hommes.

Dans le milieu des années 1990, les comportements féminins et masculins se sont rapprochés, mais les femmes ont gardé l'avantage en tirant plus rapidement profit des nouveaux progrès sanitaires. Progressivement, les hommes ont également modifié leurs comportements et davantage pris en charge leur santé. Partant d'un niveau plus élevé de mortalité, ils ont pu engranger dans les deux dernières décennies des gains supérieurs à ceux des femmes.

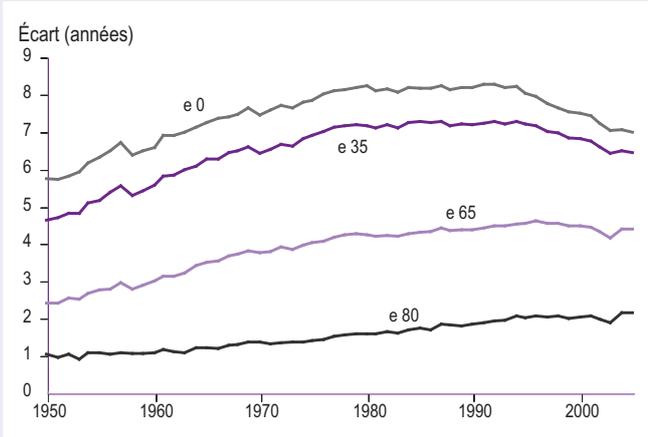
Toutefois, au-delà de 80 ans, la mortalité est en baisse, à un rythme plus rapide pour les femmes que pour les hommes. Si cette tendance se confirme, les femmes pourraient bien récupérer à ces âges les avantages perdus aux plus jeunes. Les inégalités d'espérance de vie entre femmes et hommes ne sont sans doute pas près de disparaître. ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA FICHE • INED, UR5

synthèse

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. En adoptant les comportements plus favorables à la santé déjà largement répandus chez les femmes, les hommes comblent peu à peu leur retard, surtout aux âges actifs. Cela ne signifie pas pour autant que les progrès sanitaires ont cessé côté féminin, notamment aux âges les plus élevés (au-delà de 80 ans) où l'avantage féminin continue de s'affirmer.

Graphique 1 • Évolution 1950-2005 de l'écart d'espérance de vie entre femmes et hommes à différents âges

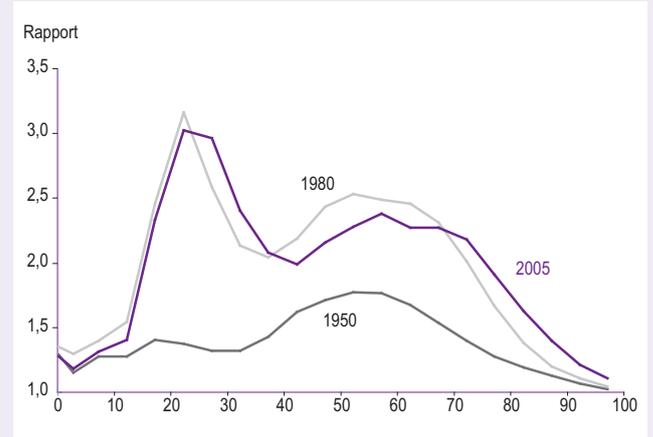


Lecture : L'écart entre les espérances de vie masculine et féminine à 35 ans (e 35) était de 4,6 ans en 1950 et de 6,5 ans en 2005.

Champ : France métropolitaine.

Sources : Calculs de l'auteur d'après INSEE, statistiques d'état civil.

Graphique 2 • Rapport de surmortalité masculine par âge en 1950, 1980 et 2005

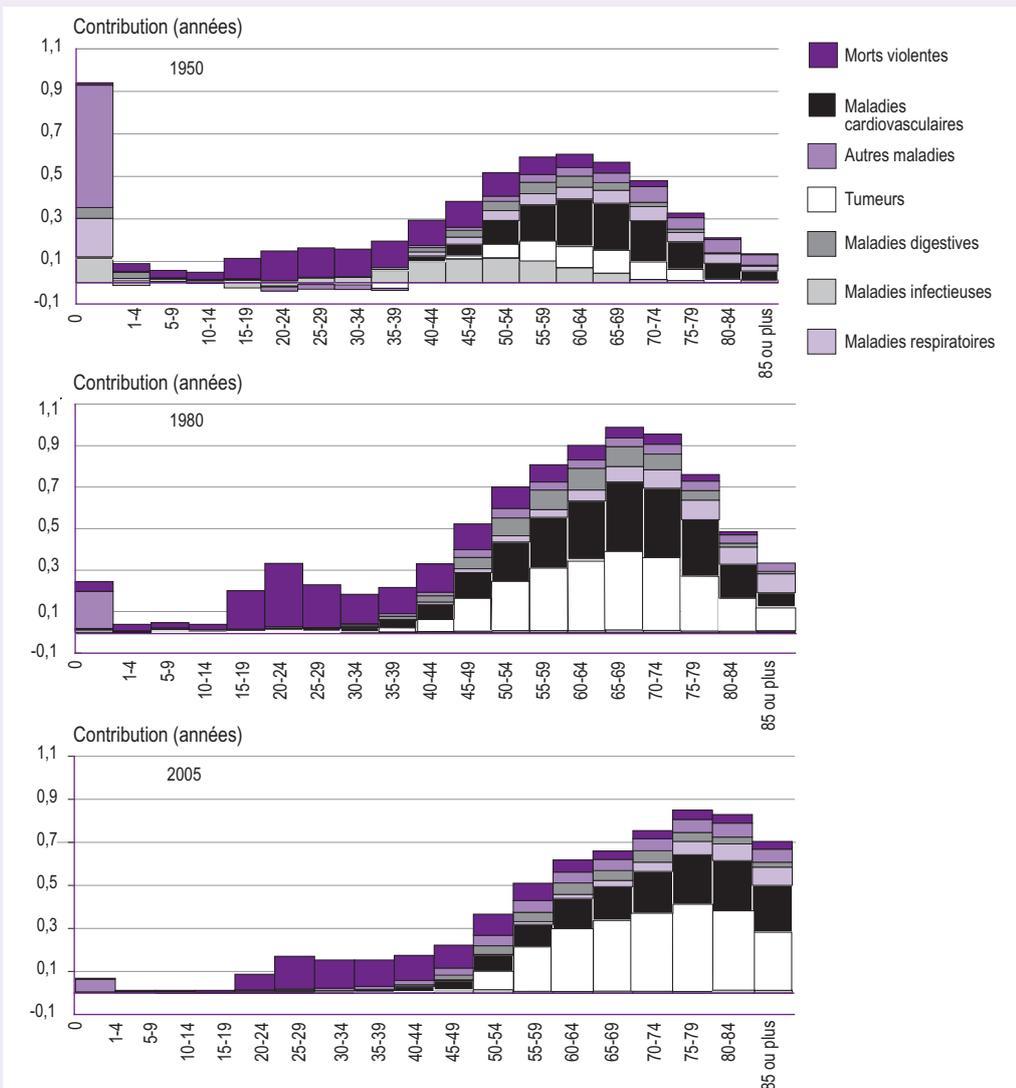


Lecture : À 20-25 ans en 1980, le risque de décès masculin était 3,2 fois supérieur au risque de décès féminin.

Champ : France métropolitaine.

Sources : Calculs de l'auteur d'après INSEE, statistiques d'état civil.

Graphique 3 • Contributions par âge et causes aux différences d'espérance de vie entre femmes et hommes, en 1950, 1980 et 2005



Lecture : En 2005, les différences de mortalité entre femmes et hommes de 55 à 59 ans ont contribué pour 0,8 an à la différence totale d' espérance de vie (sept ans en 2005). Cette contribution de 0,8 an se décompose en 0,3 an dû aux tumeurs, 0,25 an aux maladies cardiovasculaires, etc.

Champ : France métropolitaine.

Sources : Calculs de l'auteur d'après INED, base de données sur les causes de décès et CépidC, INSERM.

CHAMP : France métropolitaine.

SOURCES : Calculs de l'auteur d'après INSEE, statistiques d'état-civil.

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR

L'espérance de vie est le nombre moyen d'années qu'un groupe d'individus peut s'attendre à vivre. L'espérance de vie à la naissance (ou à l'âge 0) représente la durée de vie moyenne, autrement dit l'âge moyen au décès d'une génération fictive qui serait soumise à chaque âge aux conditions de mortalité de l'année considérée. L'espérance de vie à l'âge x représente le nombre moyen d'années restant à vivre au-delà de cet âge x dans les conditions de mortalité par âge de l'année considérée.

RÉFÉRENCES

- Meslé F., 2004, « Écart d'espérance de vie entre les sexes : les causes du recul de l'avantage féminin », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, vol. 52, n° 4, p. 333-352.
- Vallin J., 2002, « Mortalité, sexe et genre », in Caselli G., Wunsch G., Vallin J. (dir.), *Démographie: analyse et synthèse. III. Les déterminants de la mortalité*, p. 319-350, Paris, INED, 478 p.

Mortalité et principales causes de décès

L'INSERM-CépiDc (Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès) produit et diffuse chaque année les données statistiques concernant les causes médicales de décès en France. En 2005, 527 516 décès, dont 48,7 % concernaient des femmes, ont été enregistrés en France métropolitaine. Les tumeurs constituent la première cause de décès dans l'ensemble de la population (30 % des décès), suivies de près par les maladies de l'appareil circulatoire: maladies cérébrovasculaires, cardiopathies (ischémiques et autres), puis par les morts violentes: accidents, suicides et autres causes extérieures de décès (un décès sur quatorze) et les maladies de l'appareil respiratoire autres que les tumeurs (un décès sur quinze). Ces quatre groupes de maladies représentent près des trois quarts des décès. Parmi les 27 pays de l'Union européenne, la France présente le plus faible taux standardisé de mortalité chez les femmes (417,9 pour 100 000 femmes contre 522,4 pour l'ensemble de l'Europe) devant l'Espagne et la Suède. En vingt-cinq ans (entre 1980 et 2004), les taux de décès ont diminué de 35 % en France métropolitaine, cette baisse étant légèrement plus marquée chez les femmes. Pour les femmes comme pour les hommes, on observe des tendances proches depuis le début des années 1980 pour chacun des grands types de pathologies. Les maladies cardiovasculaires diminuent semblablement (de l'ordre de 50 %), alors que la baisse des tumeurs est modérée. 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.

■ SURMORTALITÉ MASCULINE DANS LA PLUPART DES CAUSES DE DÉCÈS

Pour l'ensemble des causes de décès – si le nombre de décès est comparable dans les deux sexes – le taux de mortalité standardisé sur l'âge est 1,8 fois plus élevé chez les hommes (415,5 pour 100 000 femmes contre 751,2 pour les hommes). À âge égal, on observe une surmortalité masculine qui se retrouve pour la plupart des causes de décès (tableau 1).

Avec 79 802 décès enregistrés en 2005, les femmes sont plus nombreuses à décéder de maladies de l'appareil circulatoire que les hommes. En revanche, le taux de mortalité standardisé sur l'âge par maladies de l'appareil circulatoire est 1,7 fois plus élevé chez les hommes.

Pour toutes les localisations cancéreuses, à l'exception de celles spécifiquement féminines (sein, ovaire, utérus), les taux standardisés de décès sont plus élevés chez les hommes. On retrouve ici le poids de la mortalité attribuable à l'alcool et au tabac, mais également celui des expositions professionnelles et des comportements nutritionnels plus favorables aux femmes. Ainsi, le taux standardisé de mortalité est 6,9 fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes par cancer de l'œsophage, 5,9 fois par cancer des lèvres, de la cavité buccale et du pharynx, 4,8 par cancer du poumon et 4,3 par cancer du foie.

La mortalité due aux maladies de l'appareil respiratoire est également plus importante chez l'homme notamment pour les causes liées au tabagisme: le taux standardisé de mortalité par maladies respiratoires chroniques est 2,9 fois plus élevé chez les hommes. Enfin, une surmortalité masculine est toujours enregistrée pour les morts violentes (rapport de 2,4), particulièrement par accidents de transport (rapport de 3,4) et par suicides (rapport de 3).

■ AUGMENTATION DES CANCERS DU POUMON, DU FOIE ET DU PANCRÉAS CHEZ LES FEMMES

En 2005, en France métropolitaine, les tumeurs malignes représentent la 2^e cause de décès chez les femmes avec 60 104 décès (soit 23,4 %), après les maladies de l'appareil circulatoire (31,1 %) et avant les maladies respiratoires (6,0 %) et les morts violentes (5,9 %). Le taux standardisé de mortalité par tumeurs malignes est deux fois plus faible que chez les hommes (121,2 contre 249,2 pour 100 000 hommes).

Le cancer du sein est la cause la plus fréquente en 2005 (18,8 % des décès par tumeurs malignes), mais le taux standardisé de mortalité a diminué de 6 % depuis 2000, suivie ensuite par le cancer colorectal (13,1 %), le cancer du poumon (10,1 %) et les leucémies (9,8 %). Les cancers de l'ovaire et de l'utérus

représentent les 6^e et 7^e causes de décès par cancer chez la femme (respectivement 5,5 % et 4,9 %). Depuis 2000, on observe une augmentation des taux de mortalité standardisés par cancer du poumon (+30 %), du pancréas (+11 %), du foie (+8 %) et de la vessie (+7 %) qui témoigne en particulier de la modification dans les décennies précédentes des comportements féminins vis-à-vis de la consommation d'alcool et de tabac (voir fiche 48 « Tous cancers »).

Au sein de l'Union européenne en 2005, la France se situe en dessous de la moyenne européenne (en 7^e position sur 27) pour le taux de mortalité par cancer. La mortalité par cancer du sein se situe dans la moyenne européenne.

■ LES CAUSES DE MORTALITÉ VARIENT AVEC L'ÂGE

Chez les femmes âgées de 15 à 24 ans (980 décès comptabilisés en 2005), les accidents représentent un décès sur trois en 2005, puis viennent les suicides (13,1 %) et les tumeurs (essentiellement des leucémies).

Entre 25 et 44 ans, 5 848 décès ont été enregistrés chez les femmes en 2005, dont près de quatre sur dix sont dûs à une tumeur. Les autres principales causes à cet âge sont les suicides (12,2 %) et les accidents (9,7 %).

Parmi les 25 060 décès constatés en 2005 chez les femmes âgées de 45 à 64 ans, un sur deux est causé par une tumeur maligne, principalement le cancer du sein (26,9 % des tumeurs) et le cancer du poumon (16,1 %). Les maladies cardiovasculaires sont responsables d'un décès sur neuf.

En 2005, 87 % des décès de femmes concernent les 65 ans ou plus: un tiers résulte de maladies cardiovasculaires, un cinquième de tumeurs malignes: le cancer du sein (16,0 % des décès par tumeurs malignes), puis le cancer colorectal (14,8 %) et les tumeurs du tissu lymphatique et hématologique dont les leucémies (11,1 %). En 2005, 16 497 décès (6,4 %) en rapport avec la maladie d'Alzheimer et les démences ont été enregistrés. ●

Tableau 1 • Principales causes de décès en France en 2005 : effectifs et taux standardisés de décès – Variations 2000-2005 des taux de décès standardisés

Codes CIM10	Causes de décès	Effectifs			Taux standardisés* et variation 2000-2005**					
		Total	Femmes	Hommes	Total	%	Femmes	%	Hommes	%
A00-B99	Maladies infectieuses et parasitaires	9903	4904	4999	10,6	-15	8,0	-12	13,9	-17
C00-D48	Tumeurs	155 407	63 301	92 106	183,1	-6	126,4	-3	258,3	-8
C00-C97	Tumeurs malignes	148 882	60 104	88 778	176,3	-6	121,2	-2	249,2	-8
C00-C14	Tum. mal. lèvre, cavité buccales et pharynx	4 104	746	3 358	5,8	-19	1,8	-3	10,3	-21
C15	Tum. mal. du œsophage	3 926	668	3 258	5,1	-15	1,4	-14	9,6	-15
C16	Tum. mal. de l'estomac	4 834	1 789	3 045	5,4	-14	3,2	-16	8,4	-13
C18	Tum. mal. du côlon	12 286	5 905	6 381	13,2	-5	10,3	-5	17,1	-6
C19-C20-C21	Tum. mal. du rectum et de l'anus	4 313	1 946	2 367	4,8	-3	3,6	-6	6,5	-4
C22	Tum. mal. du foie et des voies biliaires intrahépatiques	7 339	1 882	5 457	8,8	1	3,6	8	15,3	-2
C25	Tum. mal. du pancréas	8 049	3 857	4 192	9,4	8	7,2	11	11,8	4
C32-C34	Tum. mal. larynx, trachée, bronches, poumon	29 324	6 082	23 242	38,4	0	14,2	30	67,8	-5
C43	Mélanome malin de la peau	1 512	713	799	1,9	1	1,6	1	2,3	0
C50	Tum. mal. du sein	11 509	11 308	201	14,2	-5	25,4	-6	0,6	42
C53	Tum. mal. du col de l'utérus	734	734	-	1,0	0	1,9	-1	0,0	-
C54-C55	Tum. mal. d'autres parties de l'utérus	2 228	2 228	-	2,5	-4	4,4	-4	0,0	-
C56	Tum. mal. de l'ovaire	3 315	3 315	-	4,0	-5	7,2	-5	0,0	-
C64	Tum. mal. du rein	3 111	1 146	1 965	3,6	-6	2,2	-5	5,4	-7
C67	Tum. mal. de la vessie	4 711	1 126	3 585	5,0	0	1,8	7	9,5	-2
C81-C96	Tum. mal. tissus lymph. et hémat.	12 611	5 920	6 691	13,9	-9	10,8	-11	18,1	-8
E00-E90	Mal. endoc., nutri. et métaboliques	19 283	10 965	8 318	19,2	-5	16,3	-7	22,5	-4
E10-E14	Diabète	11 296	5 905	5 391	11,3	-5	8,9	-8	14,2	-3
I00-I99	Maladies de l'appareil circulatoire	149 839	79 802	70 037	143,0	-15	109,9	-13	186,2	-16
I20-I25	Cardiopathies ischémiques	40 597	17 612	22 985	40,4	-18	24,4	-18	61,7	-18
I30-I33, I39-I52	Autres cardiopathies	44 247	25 274	18 973	40,9	-9	33,5	-7	50,6	-11
I60-I69	Maladies cérébrovasculaires	33 906	19 578	14 328	31,8	-18	27,4	-18	37,4	-19
J00-J99	Maladies de l'appareil respiratoire	35 056	17 017	18 039	32,9	-9	23,5	-7	47,5	-11
R00-R99	Symptômes et états morbides mal définis	34 880	19 400	15 480	37,1	3	29,3	4	45,0	2
V01-Y89	Causes externes	37 805	15 123	22 682	48,1	-14	29,3	-15	69,0	-14
V01-X59	Accidents	24 661	11 207	13 454	29,3	-20	19,1	-20	40,5	-20
V01-V99	- Accidents de transport	5 377	1 361	4 016	8,5	-33	3,9	-37	13,2	-32
W00-W19	- Chutes accidentelles	5 332	2 753	2 579	5,5	-7	4,1	-5	7,3	-6
X40-X49	- Intoxications accidentelles	1 016	457	559	1,3	-10	1,0	-25	1,7	8
X60-X84	Suicides	10 707	2 881	7 826	15,9	-6	8,2	-3	24,5	-7
A00-Y89	Total	527 516	256 886	270 630	563,1	-8	415,5	-7	751,2	-10

* Taux de décès pour 100 000 standardisés par âge - Réf : Eurostat – Population Europe, IARC 1976.

** (Taux 2005 – Taux 2000) * 100 / Taux 2000.

Champ : France métropolitaine.

Sources : INSERM-CépiDc.

synthèse

En 2005, 527 516 décès ont été enr egistrés en France métropolitaine dont 48,7 % concernaient des femmes. On observe une très forte surmortalité masculine en termes de pathologies à risques (cancers alcoolo-ta bagiques, accidents de transport et suicides notamment). Chez les femmes, plus de la moitié des décès sont dus aux maladies cardiovasculaires (31,1 %) et aux tumeurs malignes (23,4 %).

Le taux standardisé de mortalité des femmes est en baisse depuis 2000 et ce, quelle que soit la cause, à l'exception de la maladie d'Alzheimer, 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.

Parmi les 27 pays de l'Union européenne, la France présente le plus faible taux standardisé de mortalité chez les femmes (417,9 pour 100 000 contre 522,4 pour l'Union européenne).

CHAMP • France métropolitaine

SOURCES • INSERM-CépiDc.

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • Effectifs, taux bruts et taux standardisés de mortalité sur la population européenne (Eurostat - Population Europe IARC 1976).

LIMITES ET BIAIS • Seule la cause initiale de décès (cause à l'origine du processus morbide) a été considérée. La prise en compte unique de la cause initiale de décès minimise le niveau de mortalité de certaines pathologies chroniques comme le diabète fréquemment déclaré en cause associée. Cependant la prise en compte de la cause initiale de décès reste la méthode de base pour analyser les tendances dans le temps et entre pays.

RÉFÉRENCES •

– Aouba A., Péquignot F., Le Toulllec A., Jouglu E., 2007, « Les causes médicales de décès en France en 2004 et leur évolution 1980-2004 », *Bull Épidémiol Hebdomadaire*, 35-36.

– Eurostat :

http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page?_pageid=1996,45323734&_dad=portal&_schema=PORTAL&screen=welcomeref&open=/health/hlth/hlth_cdeath&language=fr&product=EU_MASTER_health&root=EU_MASTER_health&scrollto=109

Mortalité prématurée

La mortalité « prématurée » est constituée de l'ensemble des décès survenus avant l'âge de 65 ans. Cette limite d'âge peut sembler arbitraire, mais c'est celle qui est souvent retenue pour des comparaisons internationales, notamment au niveau européen. Au sein de la mortalité « prématurée », un sous-ensemble de causes de décès a été constitué et intitulé « mortalité évitable liée aux pratiques de prévention primaire ». Il est appelé ici mortalité « évitable ». Cet indicateur, utilisé également dans les rapports sur l'état de santé de la population en France, regroupe des causes de décès qui pourraient être évitées par une réduction des comportements à risque tels que le tabagisme, l'alcoolisme, les conduites routières dangereuses... Un tel regroupement a permis de mettre en évidence la situation défavorable de la France pour l'ensemble de ces pratiques. Les causes de décès « évitables » comprennent les cancers des voies aérodigestives supérieures, de l'œsophage, du poumon, les psychoses alcooliques, les cirrhoses, les accidents de la circulation, les chutes accidentelles, les suicides et le sida. Un autre indicateur de mortalité « évitable », lié au fonctionnement du système de soins, a également été utilisé précédemment (cet indicateur, qui pose davantage de problèmes de définition, n'est pas présenté).

■ LES FEMMES SONT À FAIBLE RISQUE DE MORTALITÉ « PRÉMATURÉE »

En 2005, on a comptabilisé chez les femmes 33 663 décès avant 65 ans (sur les 256 886 décès annuels). Le taux de décès standardisé correspondant est de 126,1 pour 100 000 (contre 281,6 pour les hommes), soit un taux deux fois plus faible chez les femmes.

Entre 1990 et 2005, on observe une baisse des effectifs annuels de décès (-8 %) et des taux de décès (-19 %) (tableau 1 et graphique 1). La diminution des taux de décès « prématurés » est cependant moins marquée pour les femmes (-19 % contre -27 % pour les hommes). Le niveau de mortalité varie fortement selon les régions françaises (carte 1). Les taux de décès féminins les plus élevés s'observent dans le Nord-Pas de Calais, puis en

Haute-Normandie, Picardie, en Champagne-Ardenne ; les taux les plus faibles en Midi-Pyrénées et Rhône-Alpes. La baisse de la mortalité depuis le début des années 2000 atteint le maximum en Midi-Pyrénées, Corse et Poitou-Charentes et le minimum en Haute-Normandie et Languedoc-Roussillon.

En 2005, parmi les 27 pays de l'UE, la France se situe pour les femmes, dans le groupe des pays à faible niveau de mortalité « prématurée » après l'Espagne, la Grèce, l'Italie, la Suède et Chypre (graphique 2).

■ ENVIRON 8 000 DÉCÈS PRÉMATURÉS SONT ASSOCIÉS À DES COMPORTEMENTS À RISQUE

Le nombre de décès féminins correspondant à la sélection mortalité « évitable » est de 7 969

en 2005. La part de la mortalité « évitable » par rapport à la mortalité « prématurée » est de 24 % chez les femmes. Les taux standardisés de décès « évitables » ont diminué chez les femmes de 17 % entre 1990 et 2005 contre 30 % chez les hommes (tableau 1) et de 4 % entre 2000 et 2005.

Les taux de décès « évitables » féminins les plus élevés sont observés dans le Nord-Pas de Calais puis en Haute Normandie, Bretagne et les plus bas en Midi-Pyrénées, Île-de-France, Rhône-Alpes et Alsace (carte 1).

En 2005, parmi les 27 pays européens le taux de mortalité « évitable » pour les femmes est légèrement supérieur à la moyenne européenne pour la France (13^e position). Par rapport aux 15 pays de l'Europe de l'Ouest, la France apparaît dans une position défavorable (10^e position). Cette situation contraste avec la très bonne position des femmes en France pour la mortalité tous âges confondus.

■ LES DÉCÈS PRÉMATURÉS PAR CANCER DU POUMON SONT EN NETTE AUGMENTATION

En 2005, le plus grand nombre de décès prématurés est dû au cancer du poumon (2 331), au suicide (2 051), à la cirrhose alcoolique ou s.p. (sans précision) du foie (1 268), aux accidents de la circulation (917), aux psychoses alcooliques (434), au cancer des voies aérodigestives supérieures (553), aux chutes accidentelles (238), au cancer de l'œsophage (180) et au sida (177).

Les évolutions récentes varient selon les causes de décès. Entre 2000 et 2005, on constate ainsi une très forte augmentation de décès du cancer du poumon (+37 %), une stagnation des suicides, un peu moins de psychoses alcooliques et de chutes (-1 %) et une diminution marquée pour les accidents de la circulation (-38 %), les cirrhoses (-21 %), le cancer des voies aérodigestives supérieures (-10 %) et le sida (-8 %). ●

synthèse

La mortalité « prématurée » est constituée de l'ensemble des décès survenus avant l'âge de 65 ans. Cette limite d'âge peut sembler arbitraire mais c'est également celle qui est souvent retenue, en particulier au niveau européen.

L'écart de mortalité entre hommes et femmes augmente lorsque l'on passe de la mortalité « prématurée » à la mortalité « évitable » (d'un ratio de 2 à un ratio de 3,6). Cependant, alors que l'espérance de vie des françaises est une des plus élevées du monde, les indicateurs de mortalité « évitable » ne sont pas favorables en France. Cette mauvaise situation déjà mise en évidence pour les hommes concerne donc également les femmes.

On a comptabilisé au cours de l'année 2005 en France métropolitaine un total de 107 307 décès « prématurés » dont 33 663 chez les femmes (31 %). Un quart de ces décès féminins pourraient être « évités » par une réduction des comportements à risque (tabagisme, alcoolisme, conduites dangereuses...). Cette mortalité « évitable » a diminué entre 1990 et 2005, mais son niveau reste élevé en France par rapport à d'autres pays.

Tableau 1 • Mortalité «prématurée» et «évitable» : effectifs et taux de décès en 1990, 2000 et 2005 selon le sexe

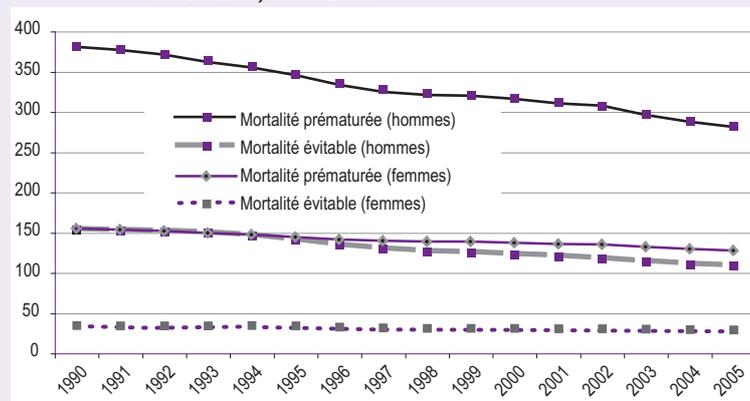
	Année	Effectifs	«Évitable/Prématurée»	Taux de décès*	Var. 2005-1990**	Var. 2005-2000***
Mortalité «prématurée»						
Femmes	1990	36 503		155,4		
	2000	33 491	-	136,2		
	2005	33 663		126,1	-19 %	-7 %
Hommes	1990	88 204		383,4		
	2000	75 969	-	315,6		
	2005	73 644		281,6	-27 %	-11 %
Mortalité «évitable»						
Femmes	1990	8 445	23 %	35,5		
	2000	7 725	23 %	30,7		
	2005	7 969	24 %	29,4	-17 %	-4 %
Hommes	1990	35 709	40 %	153,8		
	2000	29 756	39 %	121,8		
	2005	28 187	38 %	107,0	-30 %	-12 %

* Taux de décès pour 100 000 standardisés par âge (selon pop Eurostat). ** (Taux 2005 – Taux 1990) / Taux 1990 (en %). *** (Taux 2005 – Taux 2000) / Taux 2000 (en %).

Champ : France métropolitaine.

Sources : INSERM-CépiDc.

Graphique 1 • Taux* de décès par mortalité prématurée (0 à 64 ans) en France, 1990-2005

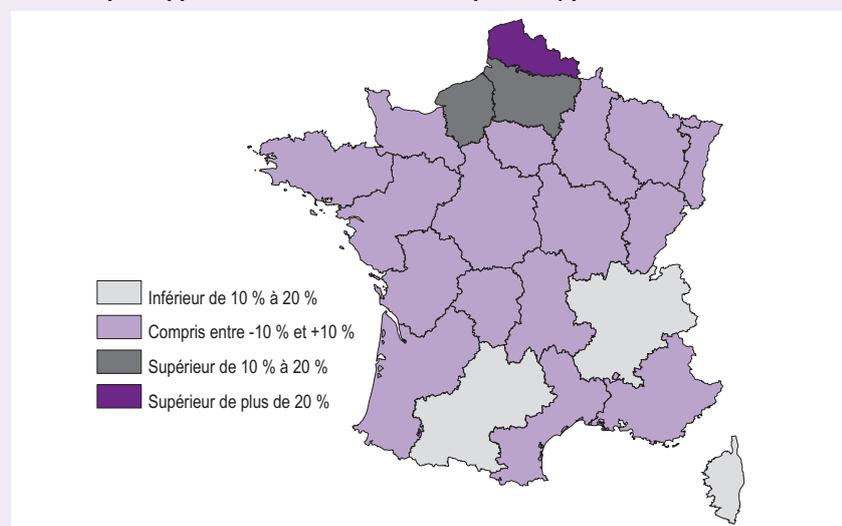


* Taux de décès pour 100 000 habitants par âge – Réf. : Eurostat – Pop Europe – IARC – 1976

Champ : France métropolitaine.

Sources : INSERM-CépiDc.

Carte 1 • Taux standardisés de décès par mortalité «prématurée» (en % de variation par rapport au taux en France métropolitaine) pour les femmes en 2005



Champ : France métropolitaine.

Sources : INSERM-CépiDc.

CHAMP • France métropolitaine, population de moins de 65 ans.

SOURCES • INSERM-CépiDc.

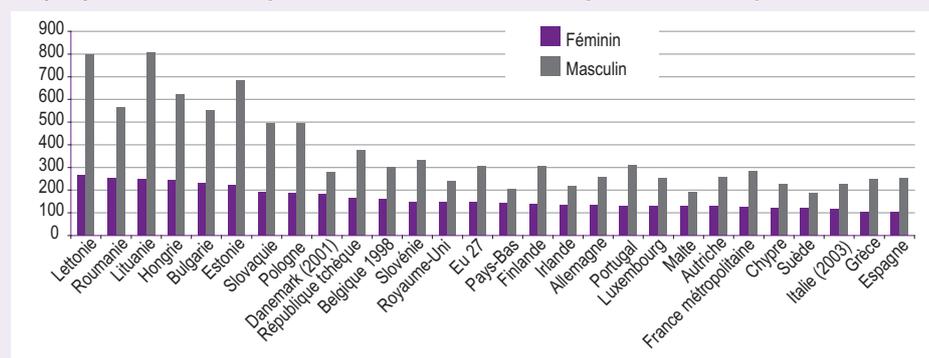
CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • Effectifs, taux bruts et taux standardisés de mortalité sur la population européenne (Eurostat – population Europe IARC 1976). Pour les codes CIM retenus pour la mortalité «évitable», voir tableau 2.

LIMITES ET BIAIS • Sélection des causes de décès pour la mortalité évitable à rediscuter et indicateur de mortalité «évitable» lié au système de soins à construire.

RÉFÉRENCES •

- Jouglé E., Pavillon G., 2008, « Vivre plus vieux, mourir plus jeune », *La Recherche*, 418, 52-54.
- Aouba A., Péquignot F., Le Toulléc A., Jouglé E., 2007, « Les causes médicales de décès en France et leurs évolutions récentes », 1980-2004, *Bul Épidémiol Hebd*, 35-36 : 308-314.
- *Le Concours médical*, 31-32 : 1085-1094.
- Salem G., Rican S., Jouglé E., 2000, *Atlas de la santé en France – les causes de décès*, John Libbey ; 1 : 187 p.
- Jouglé E., Salem G. et al., 2002, « Atlas de la mortalité dans l'Union européenne », Commission Européenne, Statistiques de la santé, Eurostat, Thème 3, *Population et conditions sociales* 119 p.

Graphique 2 • Mortalité «prématurée» dans l'Union européenne en 2005 (taux standardisés pour 100 000 personnes*)



* Taux de décès pour 100 000 standardisés par âge – Réf. : Eurostat – Pop Europe – IARC – 1976.

Champ : Europe 27 pays.

Sources : Eurostat/INSERM-CépiDc.

Mortalité selon le secteur d'activité économique

La description de la mortalité par cause et par activité professionnelle fait partie des outils indispensables à la surveillance épidémiologique des risques professionnels. Le projet Cosmop, consiste à utiliser des données existantes et recueillies en routine pour produire des indicateurs de mortalité selon la profession et le secteur d'activité. Le suivi de leur évolution doit permettre de générer éventuellement des hypothèses nouvelles et de contribuer à évaluer l'impact des politiques de prévention et des évolutions du travail sur l'état de santé. Ce projet peut également apporter des éléments de réflexion susceptibles d'aider à évaluer la contribution des conditions de travail aux inégalités sociales de santé, particulièrement marquées en France.

les plus élevés sont observés chez les exploitantes agricoles (RR = 1,17) et les ouvrières (R = 1,16) (graphique 1). Le profil de mortalité des femmes selon la catégorie sociale suit la même tendance que celle observée chez les hommes. On note cependant que les écarts entre les risques relatifs des différentes catégories sociales sont moins prononcés que chez les hommes.

■ COSMOP : UN NOUVEL OUTIL POUR LA SURVEILLANCE DE LA MORTALITÉ PAR CAUSE, SECTEUR D'ACTIVITÉ ET PROFESSION

En partenariat avec le Département de la démographie de l'INSEE et le Centre d'épidémiologie sur les causes de décès (CépiDc) de l'INSERM, la première analyse de la mortalité par cause selon l'activité professionnelle a été réalisée à partir de données issues de l'Échantillon démographique permanent (EDP) appariées aux causes médicales de décès (CépiDc de l'INSERM). L'EDP est un échantillon ouvert au 1/100^e de la population française constitué par l'INSEE lors du recensement de 1968 et régulièrement enrichi de nouveaux sujets. Depuis leur inclusion, les personnes sont suivies par l'INSEE qui accumule pour chacune les informations, notamment démographiques et socioprofessionnelles, des bulletins d'état civil et des recensements successifs (1968, 1975, 1982 et 1990). Le caractère longitudinal de cet échantillon permet ainsi de prendre en compte l'activité professionnelle de l'individu au cours du temps, même si l'information avant 1968 et entre les recensements n'est pas connue.

Les individus nés en France métropolitaine après 1890, déclarés actifs à au moins un des recensements et ayant des données professionnelles complètes, soit 137 860 hommes (35 968 décès) et 105 290 femmes (13 797 décès), ont été inclus dans l'analyse. La cause de 97 % des décès recensés sur la période d'étude a été retrouvée par le CépiDc.

La mortalité a été décrite selon la première catégorie sociale déclarée et selon le secteur d'activité. Pour chacun des secteurs d'activité étudiés, la mortalité globale et par cause des personnes ayant travaillé est comparée à la mortalité des autres personnes de l'échantillon.

■ UNE SURMORTALITÉ DES OUVRIÈRES ET DES EXPLOITANTES AGRICOLES COMPARÉE AUX FEMMES CADRES

Le risque relatif de décès est le rapport du risque observé dans la catégorie étudiée à celui de la catégorie choisie comme référence, ici les cadres. Ces estimations étant réalisées à partir d'échantillons de population, les intervalles de confiance informent sur la précision de l'estimation. Les risques relatifs de décès

■ UNE SURMORTALITÉ DANS L'HÔTELLERIE-RESTAURATION ET DANS LES SERVICES DOMESTIQUES

Le risque relatif a ici été calculé pour chaque secteur d'activité, l'ensemble des autres secteurs constituant la catégorie de référence.

Comme pour les hommes, les risques relatifs les plus importants comparativement aux autres secteurs sont observés dans les secteurs industriels, tandis que les secteurs tertiaires hors commerce présentent plutôt une sous-mortalité générale (graphique 2). Cependant, en raison des effectifs réduits chez les femmes, les résultats sont rarement significatifs. On note comme chez les hommes une sous-mortalité dans l'enseignement et une surmortalité nette dans le secteur de l'hôtellerie-restauration et celui des services domestiques avec, dans les deux cas, une surmortalité essentiellement expliquée par les maladies cardiovasculaires et digestives non cancéreuses. Les différences avec les hommes s'observent particulièrement dans le secteur de l'agriculture et l'industrie du bâtiment. Dans le secteur de l'agriculture, les femmes présentent une surmortalité significative essentiellement représentée par les maladies non cancéreuses, en particulier cardiovasculaires, diabétiques et respiratoires. Dans le bâtiment, la surmortalité générale, en particulier par cancer et morts violentes, observée chez les hommes n'est pas retrouvée parmi les femmes, cela pouvant être expliqué en partie par leur affectation plus fréquente aux emplois de bureau dans ce secteur. ●

synthèse

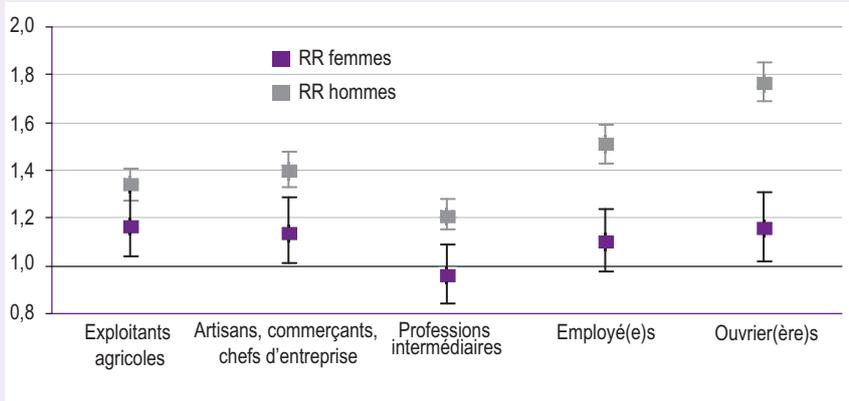
Le programme Cosmop fournit pour la première fois des indicateurs de mortalité par cause, secteur d'activité et profession chez les hommes et les femmes en France.

Les premiers résultats obtenus à partir des données de l'EDP montrent des inégalités socioprofessionnelles de mortalité comparables à celles des hommes mais qui sont cependant moins prononcées.

Le profil de mortalité par secteur d'activité est peu différent de celui des hommes, avec des risques de décès plus marqués dans les secteurs industriels et plus faibles dans les secteurs de services. Les surmortalités observées chez les femmes sont liées au fait d'avoir travaillé dans les secteurs de l'agriculture, de l'hôtellerie-restauration ou des services domestiques.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA FICHE •
InVS

Graphique 1 • Risque relatif de décès selon la catégorie sociale (par référence aux cadres)



CHAMP • Individus EDP, nés en France métropolitaine, déclarés actifs à au moins un des recensements et ayant des données professionnelles complètes.

SOURCES • EDP-INSEE, CépiDc-INSERM.

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • Risque relatif (RR) de décès ajusté sur l'âge et l'année d'observation (régression de Poisson).

LIMITES SOURCES • Comparaisons réalisées selon la première catégorie sociale déclarée par l'individu aux recensements.

RÉFÉRENCES •

– Rapport Cosmop 2006 : www.invs.sante.fr/publications/2006/rapport_cosmop/rapport_cosmop.pdf.

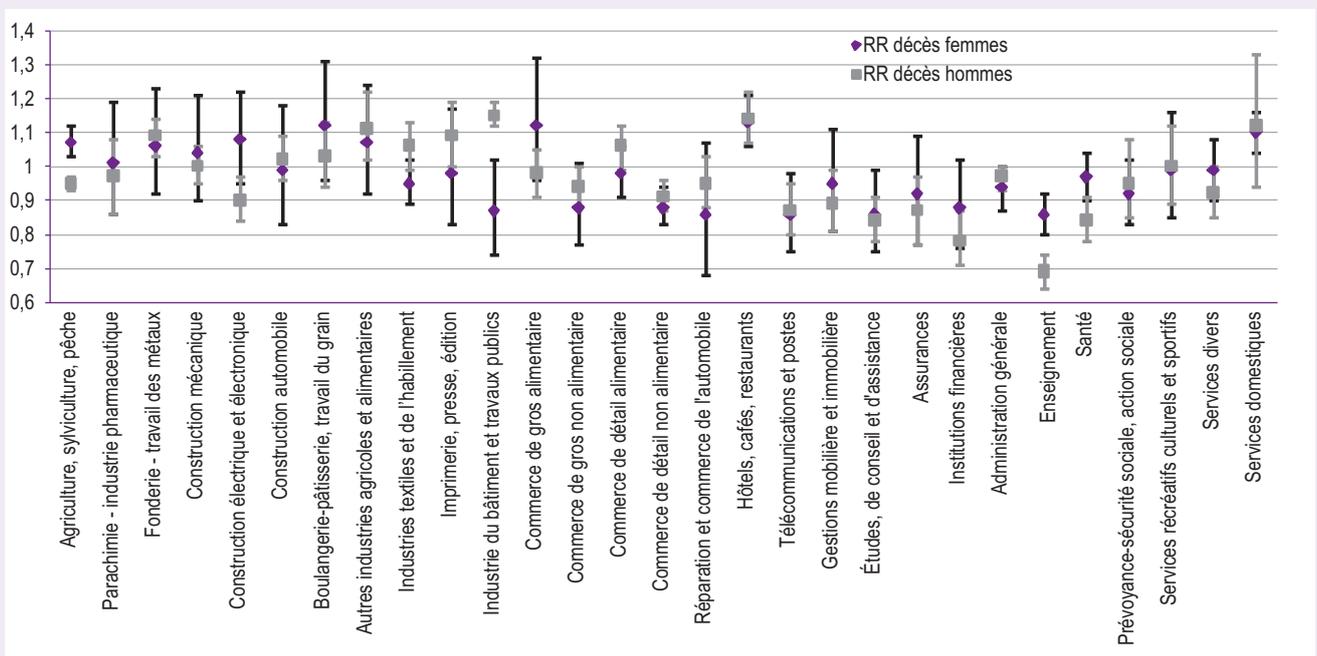
ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • InVS.

Lecture : Le RR = 1,40 observé pour la catégorie des hommes artisans s'interprète comme un risque de décès de 40 % supérieur à celui observé pour la catégorie des hommes cadres, à période d'observation et âge équivalents. L'intervalle de confiance matérialisé par des segments verticaux excluant la valeur 1, la différence observée est jugée statistiquement significative. À l'inverse le RR = 0,96 observé pour les femmes de la catégorie professions intermédiaires s'interprète comme un risque de 4 % inférieur à celui de la catégorie des femmes cadres. L'intervalle de confiance incluant la valeur 1, la différence observée est jugée non statistiquement significative.

Champ : France métropolitaine.

Sources : EDP-INSEE, CépiDc-INSERM.

Graphique 2 • Risque relatif de décès selon le secteur d'activité



Lecture : Le RR = 1,14 observé pour la catégorie des hommes ayant déjà déclaré une activité dans l'industrie du bâtiment s'interprète comme un risque de décès de 14 % supérieur à celui observé pour les hommes n'ayant jamais déclaré y avoir travaillé. La différence est statistiquement significative.

Champ : France métropolitaine.

Sources : EDP-INSEE, CépiDc-INSERM.

CHAMP • Individus EDP, nés en France métropolitaine, déclarés actifs à au moins un des recensements et ayant des données professionnelles complètes. Les résultats sont présentés pour les secteurs d'activité qui concernaient plus de 1 % des femmes de l'échantillon au cours de la période d'étude.

SOURCES • EDP-INSEE, CépiDc-INSERM.

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • Risque relatif (RR) de

décès (chaque secteur par référence à l'ensemble des autres secteurs) ajusté sur l'âge et l'année d'observation (régression de Poisson).

LIMITES SOURCES • Les personnes sont classées selon les seuls secteurs d'activité déclarés aux quatre recensements disponibles. Les activités antérieures à 1968 et les changements d'activités éventuels dans les intervalles intercensitaires ne sont pas connus.

RÉFÉRENCES •

– Rapport Cosmop 2006 : www.invs.sante.fr/publications/2006/rapport_cosmop/rapport_cosmop.pdf.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • InVS.

Morbidité déclarée

L'enquête Santé et protection sociale (ESPS), réalisée par l'IRDES depuis 1988, produit tous les deux ans des données sur l'état de santé, la couverture maladie et le recours aux soins de la population en fonction de ses caractéristiques sociales. Elle est menée auprès d'un échantillon de 8 000 ménages d'assurés sociaux, soit 22 000 personnes. Le mode d'échantillonnage garantit une représentativité constante de l'échantillon au cours du temps, au niveau de la population française métropolitaine vivant en ménages ordinaires, c'est-à-dire hors institutions. L'enquête réalisée en deux vagues, au printemps puis à l'automne, permet notamment de prendre en compte la saisonnalité de certaines pathologies. Ce sont les résultats de l'enquête réalisée en 2006 qui sont détaillés ici.

■ LES FEMMES DÉCLARENT PLUS DE PROBLÈMES DE SANTÉ QUE LES HOMMES

Les femmes déclarent, en moyenne, plus de maladies ou troubles de santé¹ que les hommes, respectivement 3,1 et 2,2, en 2006.

Le nombre d'affections déclarées augmente de manière considérable avec l'âge chez les femmes comme chez les hommes. Quel que soit l'âge, il est toujours plus élevé chez les femmes que chez les hommes (graphique 1). Plusieurs hypothèses peuvent expliquer ces différences. On peut penser que les femmes présentent effectivement davantage de problèmes de santé, notamment de moindre gravité, et qu'elles ont une plus grande propension à les déclarer. Par ailleurs, elles auraient une meilleure perception de leur état de santé compte tenu d'un recours aux soins plus fréquent et d'une plus forte implication dans la prévention.

■ LA MORBIDITÉ DÉCLARÉE VARIE SELON LE NIVEAU SOCIOÉCONOMIQUE

Le nombre de maladies déclarées varie selon les différents critères socioéconomiques comme par exemple le niveau de revenu, avec davantage d'affections chez les femmes vivant dans des ménages à faibles ressources ou encore chez celles bénéficiaires du RMI, et ce même à âge comparable. Ce sont les femmes des ménages de cadres qui déclarent le moins de maladies (2,59 en moyenne) et celles des ménages d'employées du commerce qui en déclarent le plus (4,15 en moyenne).

Toutefois, ces variations observées chez les femmes sont proches de celles relevées chez les hommes, mais quels que soient le niveau socioéconomique, le niveau du revenu ou

encore le niveau d'études, les femmes déclarent toujours davantage d'affections que les hommes (tableau 1).

■ LES PATHOLOGIES CARDIOVASCULAIRES ET OSTÉOARTICULAIRES SONT LES PLUS FRÉQUENTES

Une première analyse réalisée sur la base d'un regroupement correspondant aux chapitres de la classification internationale des maladies (CIM) montre que, quel que soit le chapitre étudié, en dehors des maladies de l'oreille (troubles de l'audition essentiellement), les femmes déclarent toujours davantage d'affections que les hommes (graphique 2). Ce sont les maladies cardiovasculaires (49 pour 100 femmes) et les maladies concernant les os et les articulations (48 %) qui sont le plus fréquemment déclarées.

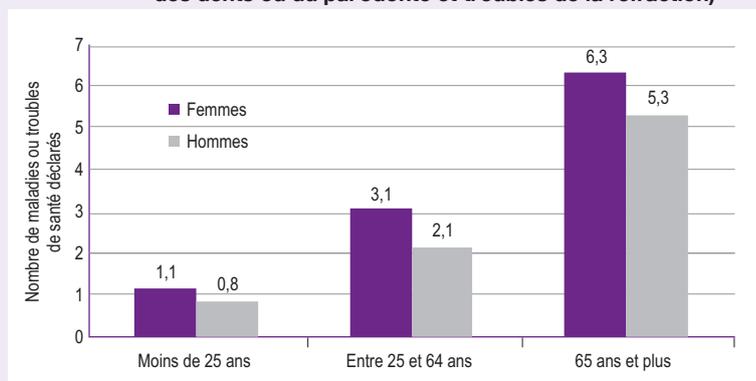
Pour certaines pathologies, les différences entre les femmes et les hommes peuvent être considérables. C'est évidemment le cas pour les maladies et problèmes génitaux et urinaires qui sont au nombre de 15 pour 100 femmes² contre 6 pour 100 hommes mais aussi les maladies neurologiques, les troubles psychiques ou encore les affections liées à des causes externes ou à d'autres facteurs influant sur l'état de santé³, qui sont presque deux fois plus fréquents chez les femmes que chez les hommes. Le nombre d'affections concernant les os et les articulations est une fois et demi plus élevé chez les femmes que chez les hommes, tout comme d'ailleurs les problèmes digestifs. Enfin, le nombre de maladies cardiovasculaires est plus élevé d'un tiers chez les femmes que chez les hommes comme également les affections de la peau.

■ LES AFFECTIONS LE PLUS SOUVENT DÉCLARÉES SONT L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE ET LES LOMBALGIES

L'analyse de la morbidité à un niveau plus détaillé, celui des maladies proprement dites ou des entités morbides homogènes⁴ permet de mieux appréhender les problèmes de santé vécus par la population vivant en ménage ordinaire. Les 15 premières affections déclarées par les femmes, à l'exclusion des troubles de la réfraction, des problèmes dentaires et des causes externes ou facteurs influant sur l'état de santé, sont ici données par ordre de fréquence décroissante (graphique 3). L'hypertension artérielle (HTA) et les lombalgies sont les affections le plus souvent déclarées pour les deux sexes. Ainsi l'HTA concerne 16 % des femmes et 14 % des hommes. Elle apparaît à l'âge adulte le plus souvent à près de 40 ans et affecte la moitié des personnes âgées de 65 ans et plus (femmes et hommes). Les problèmes de dos, lombalgies, lumbagos, sciatiques, seconde entité pathologique déclarée par ordre de fréquence décroissante chez les femmes, sont au nombre de 14 pour 100 femmes et 12 pour 100 hommes. Peu déclarés

1. Hors affections des dents ou du parodonte et troubles de la réfraction.
2. Ce regroupement n'inclut pas l'incontinence urinaire déclarée par plus de 12 % des femmes adultes dans une question spécifique indépendante du recueil du reste de la morbidité.
3. Il s'agit essentiellement d'antécédents chirurgicaux (cholécystectomie, hystérectomie, colectomie, chirurgie cardiaque, prothèses articulaires) et d'antécédents de cancer.
4. Regroupements raisonnés comportant différentes maladies ou symptômes et correspondant à des entités cliniques proches ou du moins d'étiologies voisines.

Graphique 1 • Nombre de maladies ou troubles de santé déclarés par les femmes et les hommes en 2006, selon l'âge (hors affections des dents ou du parodonte et troubles de la réfraction)



Champ : France métropolitaine – Ménages ordinaires.

Sources : ESPS 2006, IRDES.

CHAMP • Les ménages ordinaires résidant en France métropolitaine dont un membre au moins est âgé de plus de 18 ans et est assuré à l'un des trois régimes de sécurité sociale (CNAMTS, MSA, CANAM) (cette enquête est représentative de 95% des ménages ordinaires vivant en France métropolitaine).

SOURCES • L'enquête ESPS est réalisée à partir de trois échantillons représentatifs des principales caisses de sécurité sociale.

MÉTHODOLOGIE • Cette enquête était annuelle de 1988 à 1997. Elle a lieu tous les deux ans depuis 1998.

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • Les affections et problèmes de santé sont relevés par questionnaire auto-administré. Depuis 2004, les individus cochant leurs maladies sur une liste prédéfinie. Seules les affections ne faisant pas partie de cette liste peuvent être précisées en clair, elles sont alors codées selon la CIM10. En dehors de cette liste de pathologies, pour disposer d'un recueil le plus exhaustif possible, d'autres éléments viennent compléter la morbidité déclarée; ainsi les prises médicamenteuses et leur motif, les antécédents chirurgicaux, l'IMC pour l'obésité etc. permettent de compléter le tableau de la morbidité. Le calcul du nombre de maladie est réalisé sur les données redressées et pondérées.

LIMITES ET BIAIS • Celles des enquêtes déclaratives.

RÉFÉRENCES

- Allonier C., Dourgnon P., Rochereau T., 2008, « Enquête sur la santé et la protection sociale 2006 », Rapport IRDES, avril.
- Allonier C., Guillaume S., Sermet C., « De quoi souffre-t-on ? État des lieux des maladies déclarées en France », QES IRDES, n° 123.
- Lanoë J.-L., Makdessi-Raynaud Y., « L'état de santé en France en 2003. Santé perçue, morbidité déclarée et recours aux soins à travers l'enquête décennale santé », INSERM/INSEE, division « Conditions de vie et de santé », DREES.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • DREES.

Tableau 1 • Nombre moyen de maladies déclarées par sexe selon différents critères socio-économiques (hors affections des dents ou du parodonte et troubles de la réfraction)

	Femmes		Hommes	
	Nombre moyen de maladies	Indice à âge comparable*	Nombre moyen de maladies	Indice à âge comparable*
Milieu social				
Agriculteur	3,90	0,89	2,98	0,9
Artisan commerçant	3,13	0,92	2,39	0,94
Cadre et profession intellectuelle	2,59	0,90	2,06	0,96
Profession intermédiaire	2,83	0,98	1,94	0,93
Employé administratif	3,66	1,09	1,95	1,02
Employé de commerce	4,15	1,14	1,89	1,07
Ouvrier qualifié	2,87	1,00	2,26	1,07
Ouvrier non qualifié	3,53	1,12	2,29	1,11
Niveau d'études				
Non scolarisé, jamais scolarisé	5,83	1,15	3,59	0,97
Maternelle, primaire, CEP	5,77	1,1	4,45	1,06
Premier cycle, 6 ^e , 5 ^e , 4 ^e , 3 ^e , technique, jusqu'à CAP et BEP	3,49	0,99	2,50	1,03
Second cycle, 2 nd e, 1 ^{re} , terminale, bac technique (BT), baccalauréat	3,12	0,93	2,20	0,96
Supérieur	2,67	0,94	2,02	0,95
Enfant, étude en cours	1,05	0,90	0,85	0,92
Revenu mensuel par unité de consommation (répartition en quintile**)				
Premier quintile	3,74	1,14	2,6	1,18
Deuxième quintile	3,41	1,05	2,32	1,02
Troisième quintile	2,72	0,96	1,92	0,98
Quatrième quintile	2,93	1,02	1,92	0,95
Cinquième quintile	2,77	0,91	2,18	0,98
Ensemble	3,10	1,00	2,17	1,00

Champ : France métropolitaine – Ménages ordinaires.

* Calcul de l'indice : le nombre moyen de maladies est calculé pour les hommes d'une part et pour les femmes d'autre part par classe d'âge. Puis, à chacun des individus est affecté le nombre moyen de maladies correspondant à sa classe d'âge. On obtient un nombre théorique de maladies pour chaque catégorie de la variable d'intérêt (ici variables socioéconomiques). L'indice est le rapport entre le nombre observé et le nombre théorique. La valeur 1 est la moyenne de la population sur lequel il est calculé. L'indice permet de dégager une tendance à âge comparable. Notons cependant qu'elle n'est pas testée statistiquement.

** Pour comparer les niveaux de vie de ménages de taille ou de composition différente, on utilise une mesure du revenu corrigée par unité de consommation à l'aide d'une échelle d'équivalence. L'échelle utilisée ici (dite de l'OCDE) retient la pondération suivante : 1 UC pour le premier adulte du ménage ; 0,5 UC pour les autres personnes de 14 ans ou plus ; 0,3 UC pour les enfants de moins de 14 ans. Ainsi, un ménage composé du père, de la mère, d'un enfant de 16 ans et d'un autre de 12 ans a $(1 + 0,5 + 0,5 + 0,3) = 2,3$ UC. Le revenu du ménage par UC est égal au revenu total du ménage divisé par 2,3.

Sources : ESPS 2006, IRDES

Morbidité déclarée (suite)

chez les jeunes (2 %), on en dénombre 18 pour 100 femmes de 25 à 64 ans et 23 au-delà de cet âge.

Parmi l'ensemble des pathologies, toutes les affections sont plus fréquentes chez les femmes, sauf les problèmes de surdité plus souvent rencontrés chez les hommes et deux affections de fréquence équivalente chez les femmes et les hommes : les anomalies des lipides et celles des « autres maladies endocriniennes⁵ ».

Certaines affections sont bien entendues spécifiques aux femmes. Si globalement elles n'occupent qu'une place relativement limitée dans la morbidité déclarée, leur fréquence peut être relativement importante selon l'âge. Ainsi, 8 % des femmes de 16 à 40 ans déclarent des troubles des règles et 12 % des femmes de 40 à 64 ans se plaignent de troubles liés à la ménopause.

■ L'ANXIÉTÉ, LES PROBLÈMES VEINEUX ET L'ARTHROSE SONT PLUS FRÉQUENTS CHEZ LES FEMMES

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. 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. C'est également le cas des varices déclarées par 11 % des femmes. Celles-ci affectent tout particulièrement les femmes âgées de 65 ans et plus, puisque le quart d'entre elles s'en plaignent. Ces troubles concernent également 12 % des femmes de 25 à 64 ans. Quelle que soit la localisation, les femmes déclarent par ailleurs beaucoup plus de problèmes d'arthrose que les hommes. Elles en déclarent plus de deux fois plus pour les arthroses de localisations autres que les gonarthroses et coxarthroses (10,5 chez les femmes contre 4,3 chez les hommes). 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.

Les différences entre femmes et hommes sont moins marquées pour les autres affections. L'arthrose du genou concerne 8 % des femmes et 5 % des hommes et l'arthrose de la hanche 5 % des femmes et 3 % des hommes. L'arthrose du genou affecte 6 % des femmes de 25 à 64 ans, mais plus du quart (27 %) des femmes plus âgées. L'arthrose de la hanche est moins fréquente mais touche tout de même 16 % des femmes de 65 ans et plus.

Les femmes déclarent également davantage de symptômes que les hommes respective-

ment sept symptômes pour 100 femmes contre quatre pour 100 hommes. Les rhinopharyngites, les rhinites allergiques et les gastroalgies sont également un peu plus fréquentes chez les femmes.

La prévalence des troubles du métabolisme des lipides est similaire chez les femmes et chez les hommes, presque 13 % tout comme celle des « autres maladies endocriniennes », 12 %, comportant pour l'essentiel l'obésité.

■ LES PATHOLOGIES DE LA THYROÏDE, LES INFECTIONS URINAIRES ET LES MIGRAINES NETTEMENT PLUS SOUVENT DÉCLARÉES PAR LES FEMMES

D'autres affections, sans être spécifiques aux femmes, sont beaucoup plus souvent déclarées par celles-ci. Les écarts les plus marqués, parmi les maladies les plus fréquentes, s'observent pour les pathologies de la thyroïde, presque sept fois plus souvent déclarées chez les femmes que chez les hommes, pour les infections urinaires, cinq fois et demi plus fréquemment déclarées chez les femmes et pour les migraines trois fois plus souvent. Quasi inexistantes chez les femmes de moins de 25 ans, on relève huit pathologies de la thyroïde pour 100 femmes de 25 à 64 ans et 13 au-dessus de cet âge.

Les infections urinaires qui ne concernent pas les enfants sont déclarées par 5 % à 6 % des femmes quelle que soit la classe d'âge considérée.

Quant aux migraines, très peu rencontrées chez les jeunes filles, elles affectent en moyenne 12 % des femmes entre 16 et 64 ans et 7 % au-delà de cet âge. ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA FICHE • IRDES

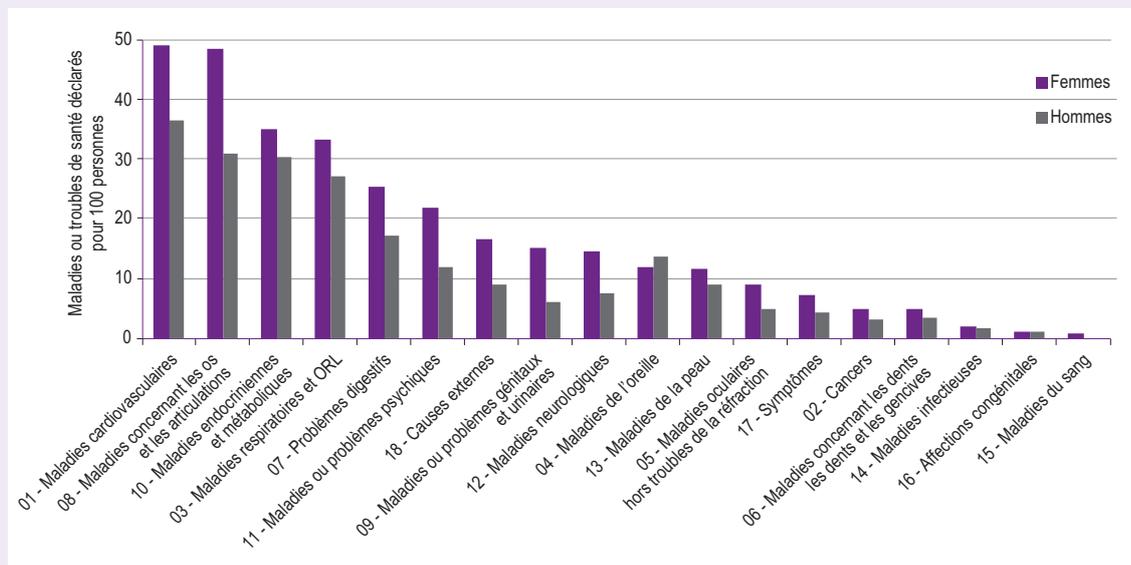
5. En dehors du diabète et des troubles thyroïdiens.

synthèse

Les femmes déclarent en moyenne plus de maladies que les hommes (3,1 contre 2,2). Cela est vrai quels que soient l'âge et le niveau socioéconomique. Lorsque l'on regarde par grande catégorie de pathologie, là encore les femmes déclarent plus de maladies que les hommes sauf pour les maladies de l'oreille. Les femmes sont 16 % à déclarer une hypertension artérielle, 14 % des problèmes de dos, 14 % de l'anxiété. Cette dernière pathologie est deux fois plus fréquemment déclarée par les femmes que par les hommes. Quant aux troubles des lipides et d'obésité, ils ne sont pas plus fréquents chez les femmes que chez les hommes.

Des pathologies, moins souvent rencontrées dans la population sont nettement plus fréquentes chez les femmes que chez les hommes : c'est le cas des pathologies de la thyroïde (7 fois plus), des infections urinaires (5,5 fois plus) et des migraines (3,5 fois plus)

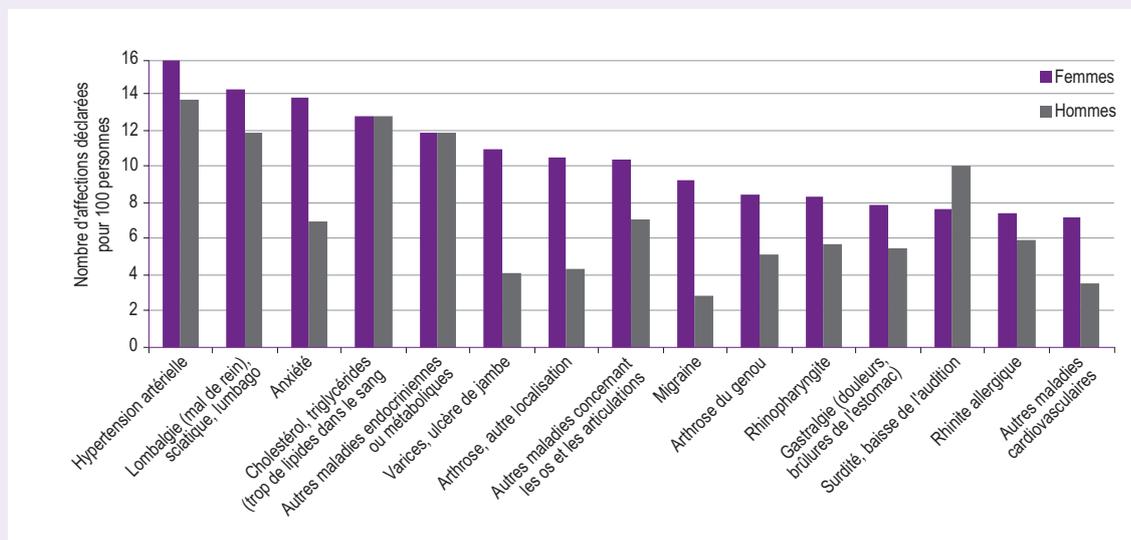
Graphique 2 • Nombre de maladies ou troubles de santé déclarés pour 100 femmes et pour 100 hommes par chapitre de la CIM 10



Champ : France métropolitaine – Ménages ordinaires.

Sources : ESPS 2006, IRDES.

Graphique 3 • Les 15 affections les plus fréquentes chez les femmes – Comparaison avec la fréquence chez les hommes



Champ : France métropolitaine – Ménages ordinaires.

Sources : ESPS 2006, IRDES.

Principales causes d'admission en ALD

Le dispositif des affections de longue durée a été mis en place afin de permettre la prise en charge des patients ayant une maladie chronique comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse. Une liste établie par décret fixe 30 affections (ALD 30) ouvrant droit à une exonération du ticket modérateur (tumeurs malignes, diabète, maladies psychiatriques de longue durée, maladie coronaire, etc.). À cette liste s'ajoutent les formes évolutives ou invalidantes d'affections graves caractérisées hors liste (ALD 31) et les polyopathologies invalidantes (ALD 32). Son obtention est subordonnée à une demande à la caisse d'affiliation de l'assuré et à l'accord du service médical. La loi du 13 août 2004 a modifié le régime des ALD. Sa mise en œuvre s'est traduite notamment par la définition, pour tout malade entrant en ALD, d'un nouveau protocole de soins définissant son parcours de soins. Ce protocole est établi par le médecin traitant et validé par le médecin conseil de l'Assurance maladie. En pratique, la quasi-totalité des affections ayant un caractère habituel de gravité (cancers, maladies cardiovasculaires, infection par le VIH, diabète, troubles graves de la santé mentale...) est couverte par le champ des ALD. Cette morbidité est le reflet de pathologies graves comportant un traitement prolongé et une thérapeutique coûteuse.

■ PRÈS DE 50 % DES FEMMES EN ALD ONT MOINS DE 65 ANS

Au 31 décembre 2006, le Régime général couvrait pour l'Assurance maladie 56,5 millions de personnes soit près de 90 % de la population française¹. Parmi elles, 7,7 millions de personnes du régime général bénéficiaient d'une affection de longue durée (ALD), dont 217 000 dans les départements d'outre-mer. Le taux de personnes en ALD est de 13,6 % dont plus de la moitié de femmes. Toutefois la part des hommes en ALD est supérieur à celui des femmes à âge égal, traduisant la surmorbidity et la mortalité plus précoce des hommes (graphique 1).

Près de 50 % des femmes en ALD ont moins de 65 ans. Le taux de personnes en ALD aug-

mente de façon importante avec l'âge : inférieur à 10 % d'une classe d'âge avant 45 ans, la proportion croît rapidement ensuite pour atteindre 50 % des femmes entre 80 et 84 ans et 50 % des hommes entre 70 et 74 ans. Ce taux atteint 70 % des femmes de plus de 90 ans (ce taux est atteint entre 85 et 90 ans chez les hommes).

■ PRINCIPALES CAUSES D'ADMISSION EN ALD EN 2006 : MALADIES CARDIOVASCULAIRES ET TUMEURS MALIGNES

Les affections cardiovasculaires concernent 2,5 millions de personnes (4,4 % des bénéficiaires du régime général dont 45,2 % de femmes), les tumeurs malignes (1,5 million ; 2,7 % dont plus de la moitié de femmes), le

diabète (1,4 million ; 2,5 %) et les affections psychiatriques de longue durée (0,9 million ; 1,6 %). Ces quatre groupes d'affections représentent 74,4 % des ALD (tableau 1).

Les ALD pour lesquelles les femmes sont sur-représentées sont les affections qui les touchent spécifiquement comme le cancer du sein avec 430 000 ALD (plus de la moitié des ALD pour tumeurs malignes), celles qui sont liées à l'âge (du fait du poids démographique des femmes aux âges élevés), la maladie d'Alzheimer (150 000 ALD) ou l'hypertension artérielle (530 000 ALD) et celles pour lesquelles la fréquence de la maladie est connue pour être plus élevée chez les femmes, telles la polyarthrite rhumatoïde (100 000 ALD), la sclérose en plaque et les maladies systémiques (lupus, sclérodermie...).

En 2006, près de 500 000 nouvelles admissions en ALD ont été enregistrées chez les femmes. La première cause de nouvelles admissions est représentée par les maladies cardiovasculaires (hypertension artérielle, maladie coronaire, insuffisance cardiaque, troubles du rythme, valvulopathies, artériopathies chroniques, accident vasculaire cérébral) qui avec un total d'environ 154 000 admissions représentent près d'un tiers des nouvelles ALD. Parmi celles-ci, 40 % concernent les admissions pour hypertension artérielle sévère qui représentent donc à elles seules environ 13 % de l'ensemble des ALD. La deuxième cause concerne les tumeurs malignes (ALD 30) avec près de 116 000 admissions soit 23,5 % des nouvelles admissions. Viennent ensuite le diabète (environ 71 000 admissions soit 14,4 % de l'ensemble), les affections psychiatriques de longue durée (43 700 admissions soit 8,9 % de l'ensemble) puis la maladie d'Alzheimer et les autres démences avec 29 500 nouvelles admissions (6 % de l'ensemble des nouvelles admissions en 2006). ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA FICHE •
CNAMTS – DREES

synthèse

Le dispositif des affections de longue durée a été mis en place afin de permettre la prise en charge des patients ayant une maladie chronique comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse.

En 2006, le taux de personnes en affection de longue durée (ALD) est de 13,6 % dont 52 % de femmes. La moitié d'entre elles ont moins de 65 ans. Les principales causes sont les maladies cardiovasculaires, les tumeurs malignes (dont plus la moitié de cancers du sein), le diabète et les maladies psychiatriques.

Près de 500 000 nouvelles admissions en ALD ont été enregistrées en 2006 chez les femmes. La première cause de nouvelles admissions est représentée par les maladies cardiovasculaires qui, avec un total d'environ 154 000 admissions, représentent 31,3 % des nouvelles ALD. Parmi celles-ci, les admissions pour hypertension artérielle sévère représentent à elles seules 40 % de ces admissions (13 % de l'ensemble). La deuxième cause concerne les tumeurs malignes avec près de 116 000 admissions soit 23,5 % des nouvelles admissions. Viennent ensuite le diabète (14,4 % de l'ensemble), les affections psychiatriques de longue durée (8,9 %) puis la maladie d'Alzheimer et les autres démences (6 %).

1. Les estimations de l'INSEE au 1^{er} janvier 2007, prenant en compte les résultats des derniers recensements, portaient à 63,4 millions de personnes la population en France.

Tableau 1 • Répartition et taux de personnes en affection de longue durée au 31 décembre 2006 pour le régime général

Intitulé de l'affection	Effectifs au 31/12/2006	Taux pour 100 000	Hommes (%)	Femmes (%)	Âge moyen
Maladies cardiovasculaires	2 476 184	4 384	54,8	45,2	69,9
<i>Hypertension artérielle sévère (ALD 12)</i>	909 619	1 611	42,1	57,9	71,2
<i>Maladie coronaire (ALD 13)</i>	746 142	1 321	68,7	31,3	70,3
<i>Insuffisance cardiaque grave (ALD 5)</i>	486 206	861	51,0	49,0	69,0
<i>Artériopathies chroniques (ALD 3)</i>	349 184	618	66,9	33,1	70,7
<i>Accident vasculaire cérébral invalidant (ALD 1)</i>	209 294	371	52,0	48,0	67,3
Tumeur maligne (ALD 30)	1 500 517	2 657	44,8	55,2	65,3
<i>Tumeur maligne du sein chez la femme</i>	429 583	1 458*	0,0	100,0	64,2
<i>Tumeur maligne de la prostate</i>	249 712	925**	100,0	0,0	72,8
<i>Tumeur maligne du colon</i>	158 591	281	49,7	50,3	71,3
<i>Tumeur maligne des bronches et du poumon</i>	59 291	105	74,7	25,3	64,7
Diabète de type 1 et diabète de type 2 (ALD 8)	1 402 573	2 483	52,0	48,0	64,3
Affections psychiatriques de longue durée (ALD 23)	889 796	1 576	44,9	55,1	47,6
Insuffisance respiratoire chronique grave (ALD 14)	277 620	492	52,6	47,4	60,2
Maladie d'Alzheimer et autres démences (ALD 15)	198 319	351	25,8	74,2	81,9
Affections neurologiques et musculaires, épilepsie (ALD 9)	171 999	305	50,2	49,8	43,0
Maladies chroniques actives du foie et cirrhoses (ALD 6)	145 508	258	58,3	41,7	53,8
Polyarthrite rhumatoïde évolutive grave (ALD 22)	140 526	249	25,8	74,2	61,3
Rectocolite hémorragique et maladie de Crohn (ALD 24)	92 984	165	44,6	55,4	45,3
Déficit immunitaire primitif, infection par le VIH (ALD 7)	83 281	147	67,4	32,6	42,1
Maladie de Parkinson (ALD 16)	75 063	133	46,4	53,6	75,4
Néphropathie chronique et syndrome néphrotique (ALD 19)	74 990	133	56,5	43,5	55,8
Sclérose en plaques (ALD 25)	54 647	97	27,2	72,8	48,5
Spondylarthrite ankylosante grave (ALD 27)	53 245	94	58,1	41,9	49,4
PAN, LEAD***, sclérodémie généralisée évolutive (ALD 21)	43 036	76	17,7	82,3	54,7
Maladies métaboliques héréditaires (ALD 17)	32 787	58	53,4	46,6	44,2
Paraplégie (ALD 20)	31 898	56	58,7	41,3	46,9
Hémophilies et affections de l'hémostase graves (ALD 11)	18 646	33	51,0	49,0	44,6
Scoliose structurale évolutive (ALD 26)	16 564	29	18,5	81,5	21,0
Tuberculose active, lèpre (ALD 29)	10 642	19	53,2	46,8	49,8
Hémoglobinopathies, hémolyses (ALD 11)	10 137	18	45,8	54,2	25,4
Insuffisances médullaires (ALD 2)	9 311	16	44,3	55,7	64,9
Suites de transplantation d'organe (ALD 28)	5 050	9	60,6	39,4	50,1
Mucoviscidose (ALD 18)	4 811	9	51,9	48,1	18,0
Bilharziose compliquée (ALD 4)	145	0	71,0	29,0	48,5
Cause médicale d'ALD non précisée	687 939	1 218	44,3	55,7	60,9
Total patients en ALD 30 (un patient peut avoir plusieurs ALD)	7 382 992	13 073	48,5	51,5	61,8
Total patients en ALD 31	356 694	632	39,4	60,6	51,6
Total patients en ALD 32	70 829	125	23,5	76,5	75,9
Total patients (ALD 30, 31 ou 32)	7 686 890	13 611	48,0	52,0	61,4

* Taux pour 100 000 femmes.

** Taux pour 100 000 hommes.

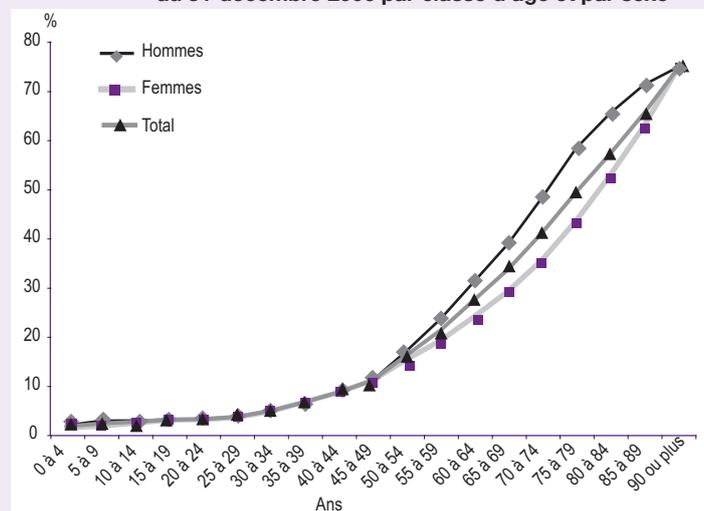
*** PAN périarthritis noueuse, LEAD lupus érythémateux aigu disséminé.

Champ : France entière, bénéficiaires du régime général (y compris sections locales mutualistes).

Sources : SNIRAM, Direction de

la stratégie, des études et des statistiques – CNAMTS.

Graphique 1 • Taux de personnes en affection de longue durée au 31 décembre 2006 par classe d'âge et par sexe



Champ : France entière, bénéficiaires du régime général (y compris sections locales mutualistes).

Sources : SNIRAM, Direction de la stratégie, des études et des statistiques – CNAMTS.

CHAMP • France entière.

SOURCES • Les données du Régime général concernant les dénombrements par maladie des bénéficiaires d'ALD proviennent de la base de données nationale SNIRAM.

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • La population étudiée est une population d'assurés ou d'ayants droit qui ont bénéficié de remboursements, au cours de l'année en cours, en rapport ou non avec leur affection de longue durée. Pour les bénéficiaires dont l'affection figurait dans la liste des 30 affections (ALD 30) ou pour ceux pris en charge au titre d'une affection hors liste (ALD 31), l'identification de leur affection s'est opérée à partir du référentiel médicalisé des bénéficiaires (données médicales provenant des avis des médecins-conseils) et d'une table de codage spécifique pour les ALD 30. Lors du rapprochement, à partir des identifiants anonymisés, entre le référentiel médicalisé des bénéficiaires et les prestations déclarées en rapport ou non avec leur ALD, un certain nombre de bénéficiaires n'a pas été retrouvé dans le référentiel médical (défaut de chaînage des données anonymisées). Ce cas correspond dans les tableaux à l'intitulé cause médicale d'ALD non précisée.

RÉFÉRENCES •

– Païta M., Weill A., 2007, « Les bénéficiaires d'affection de longue durée au 31 décembre 2006 », *Points de repère*, n° 9, septembre.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • CNAMTS - Direction de la stratégie, des études et des statistiques.



Principaux motifs de recours en médecine de ville

L'enquête permanente sur la prescription médicale de la société IMS-Health (EPPM) a pour objet de suivre de manière détaillée l'évolution des prescriptions des médecins libéraux en France. Chaque trimestre, 835 médecins (dont 435 spécialistes) sont interrogés pendant sept jours consécutifs. Pour un an, l'EPPM porte sur les ordonnances d'environ 2 000 praticiens médecins généralistes ou spécialistes exerçant en pratique libérale en France métropolitaine. Elle enregistre les diagnostics d'une prescription médicamenteuse ainsi que des informations complémentaires telles que la date et le lieu de la séance, le sexe, l'âge et la profession du patient. Les résultats bruts sont ensuite redressés afin de les étendre à l'ensemble des médecins français. Ne sont conservés que les diagnostics ayant donné lieu, dans les classes thérapeutiques considérées, à plus de 50 prescriptions annuelles auprès de l'échantillon de médecin. Les autres diagnostics sont classés comme « non significatifs ».

Le nombre de motifs de recours ou de diagnostics par séance augmente avec l'âge. Pour les filles de 10 à 19 ans, on compte 1,3 motif de recours ou de diagnostic par consultation contre 2,8 pour les femmes de plus de 79 ans. Cette tendance s'observe également chez les hommes avec 1,3 motif de recours pour les garçons de 10 à 19 ans et 2,6 pour les plus de 79 ans. Les motifs de consultation évoluent avec l'âge. Le tableau 1 présente les données par sexe et tranches d'âge de 10 ans selon les chapitres de la CIM 10. Une exploitation plus fine par diagnostic pour quatre grandes tranches d'âge (moins de 15 ans, 15-44 ans, 45-74 ans et 75 ans ou plus) a par ailleurs été réalisée.

■ LA CONTRACEPTION REPRÉSENTE LE 1^{ER} MOTIF DE RECOURS EN MÉDECINE DE VILLE CHEZ LES 15-44 ANS

Les consultations pour prévention et motifs administratifs regroupant notamment les consultations en lien avec une prescription de contraception ou suivi de grossesse sont les causes de recours les plus courantes pour les femmes avant 40 ans, devant les maladies de l'appareil respiratoire. Leur fréquence diminue ensuite avec l'âge. Ainsi, les consultations pour contraception représentent 12,3% des séances chez les femmes de 15 à 44 ans. De même, dans cette tranche d'âge, 5,2% des consultations sont en rapport avec le suivi de grossesse (ou examen prénatal).

Chez les hommes avant 40 ans, les pathologies respiratoires sont les principales causes de consultations médicales. L'évolution du nombre de recours pour cette pathologie est semblable à celle observée pour les femmes. Les affections aiguës des voies respiratoires supérieures représentent 9% des séances chez les femmes

entre 15 et 44 ans (10,9% chez les hommes) et passent à 3,9% entre 45 et 74 ans (4,2% chez les hommes).

■ LA DÉPRESSION EST UN MOTIF DE CONSULTATION FRÉQUENT CHEZ LES FEMMES À TOUS LES ÂGES

Chez les femmes entre 30 et 59 ans et chez les hommes entre 20 et 49 ans, les troubles mentaux comptent parmi les trois principaux motifs de consultation. Ces troubles représentent la première cause de consultation entre 40 et 49 ans chez les femmes comme chez les hommes.

Les troubles névrotiques, de la personnalité ou du comportement concernent 9% des consultations chez les femmes entre 15 et 45 ans et la dépression (et autres troubles de l'humeur, selon la classification de la CIM 10), 5,5%. Entre 45 et 74 ans, ces proportions passent respectivement à 6,4% et 9%. Au-delà de 75 ans, elles sont à 5,2% et 5,6%.

■ APRÈS 50 ANS, LES MALADIES HYPERTENSIVES SONT LA PREMIÈRE CAUSE DE CONSULTATION EN VILLE

Les motifs de recours pour maladies de l'appareil cardiovasculaire sont de plus en plus fréquents avec l'âge. À partir de 50 ans, ces maladies sont pour les femmes et pour les hommes le premier motif de recours en médecine ambulatoire. Ces motifs recouvrent en particulier les consultations pour maladies hypertensives, cardiopathies ischémiques, insuffisance cardiaque ou troubles du rythme cardiaque.

Les maladies hypertensives sont la première cause de consultation chez les femmes comme chez les hommes à près de 45 ans. Elles concer-

nent 16,8% des consultations entre 45 et 74 ans et 31,4% à partir de 75 ans (respectivement, 21,2% et 28,9% chez les hommes).

Contrairement à ce qui est observé chez les hommes, les cardiopathies ischémiques, l'insuffisance cardiaque et les troubles du rythme cardiaque sont encore rarement un motif de consultation chez les femmes entre 45 et 74 ans. En revanche, elles sont plus fréquentes après 75 ans. À partir de cet âge, les cardiopathies ischémiques représentent la sixième cause de consultation (6,1% des consultations), l'insuffisance cardiaque est à la huitième place (3,7%) et les troubles du rythme cardiaque sont en dixième position (3,6%). Les consultations pour ces motifs restent cependant plus rares chez les femmes que chez les hommes, même au-delà de 75 ans.

■ L'ARTHROSE ET SES CONSÉQUENCES FONCTIONNELLES CONSTITUENT LE SECOND MOTIF DE CONSULTATION DES FEMMES ÂGÉES

La fréquence des consultations pour maladies ostéoarticulaires qui recouvrent en particulier les affections du dos (lombalgies, cervicalgies...) et les pathologies arthrosiques augmente avec l'âge. Ces pathologies ont un retentissement sur la qualité de vie du fait des douleurs et des limitations fonctionnelles qu'elles induisent. Elles concernent 13,9% des consultations en médecine de ville chez les femmes de 40 à 49 ans et jusqu'à 30,8% après 80 ans.

Dans cette catégorie, les affections du dos concernent 4,2% des consultations de femmes entre 15 et 49 ans et 5,2% entre 45 et 74 ans; l'arthrose 6,4% des consultations entre 45 et 74 ans et 12% des consultations après 75 ans constituant la seconde cause de recours après les maladies hypertensives dans cette tranche d'âge.

■ LES MALADIES ENDOCRINIENNES SONT PLUS FRÉQUENTES APRÈS 60 ANS

Les maladies endocriniennes, les troubles nutritionnels et du métabolisme sont un motif de consultation dont la fréquence est élevée (entre 25% et 30% des consultations) après 60 ans chez les femmes comme chez les hommes.

Les consultations pour troubles du métabolisme lipidique (dont les hypercholestérolémies) représentent le troisième motif de consultation

chez les femmes après 45 ans: 8,3% des consultations pour les 45-74 ans et 11 % après 75 ans.

La part des consultations pour diabète augmente avec l'âge et représente 4,5% des séances entre 45 et 74 ans puis 7 % après 75 ans. ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA FICHE • DREES

synthèse

Le nombre de motifs de recours ou de diagnostics par consultation en ambulatoire augmente avec l'âge chez les femmes comme chez les hommes. Pour les femmes de 10 à 19 ans, on compte 1,3 motif de recours ou de diagnostic par consultation contre 2,8 pour les femmes âgées de plus de 80 ans. Les motifs de consultation évoluent avec l'âge. Chez les femmes jeunes, la contraception représente 12,3 % des consultations en médecine de ville.

Après 50 ans, les maladies hypertensives sont la première cause de consultation en ville (16,8% des consultations entre 45 et 74 ans et 31,4 % après 75 ans) devant les pathologies liées à l'arthrose pour lesquelles le retentissement sur la qualité de vie du fait des douleurs et des limitations fonctionnelles qu'elles induisent est important.

Les maladies endocriniennes, les troubles nutritionnels et du métabolisme constituent également un motif de consultation fréquent après 60 ans, principalement du fait du diabète et des troubles du métabolisme lipidique.

CHAMP • France métropolitaine (hors Corse) – Médecine libérale.

SOURCES • IMS-HEALTH, Étude permanente de la prescription médicale (EPPM), exploitation DREES.

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • Chaque trimestre, 835 médecins (dont 435 spécialistes) sont interrogés pendant sept jours consécutifs. Pour un an, l'EPPM porte sur les ordonnances d'environ 2 000 praticiens médecins généralistes ou spécialistes exerçant en pratique libérale en France métropolitaine. Elle enregistre le(s) diagnostic(s) d'une prescription médicamenteuse ainsi que des informations complémentaires telles que la date et le lieu de la séance, le sexe, l'âge et la profession du patient. Les résultats bruts sont ensuite redressés afin de les étendre à l'ensemble des médecins français.

LIMITES ET BIAIS • Ne sont conservés que les diagnostics ayant donné lieu, dans les classes thérapeutiques considérées, à plus de 50 prescriptions annuelles auprès de l'échantillon de médecin. Les autres diagnostics sont classés comme « non significatifs ».

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • DREES.

Tableau 1 • Motifs de recours ou de diagnostics pour 100 séances de médecin selon le sexe et l'âge par chapitre de la CIM10

Femmes	De 10 à 19 ans	De 20 à 29 ans	De 30 à 39 ans	De 40 à 49 ans	De 50 à 59 ans	De 60 à 69 ans	De 70 à 79 ans	80 ans ou plus
Ensemble des pathologies	131,5	135,4	137,3	150,3	173,5	201,4	227,0	278,4
Lésions traumatiques	6,0	3,5	3,2	3,8	3,3	2,8	2,9	4,5
Maladies de l'appareil cardio-vasculaires	1,0	2,8	5,6	12,1	22,3	37,5	54,5	81,5
Maladies de l'appareil digestif	2,6	3,5	4,2	5,5	7,3	10,3	12,1	15,4
Maladies de l'appareil respiratoire	25,1	16,7	16,7	12,8	11,1	10,8	9,7	9,9
Maladies de la peau	10,2	7,2	5,4	5,0	4,9	4,9	4,6	5,7
Maladies des organes génito-urinaires	5,4	8,6	7,2	7,7	9,4	6,5	3,8	3,8
Maladies du sang et des organes hématopoïétiques	1,1	1,4	1,5	1,8	1,4	1,3	1,1	2,1
Maladies du système nerveux	1,8	3,0	4,4	5,9	7,8	8,1	10,1	16,5
Maladies endocriniennes, nutrition et métabolisme	1,0	1,9	3,6	6,9	15,2	25,2	28,8	25,9
Maladies infectieuses et parasitaires	9,5	8,3	6,7	5,2	4,6	4,2	4,0	4,0
Maladies ophtalmologiques	9,7	6,1	4,8	7,5	9,2	8,7	10,0	11,3
Maladies ostéoarticulaires	6,0	6,2	9,1	13,9	20,6	26,1	30,0	30,8
ORL	2,7	1,4	1,4	1,6	1,9	2,0	2,3	2,4
Prévention et motifs administratifs	29,5	37,6	29,4	21,4	14,8	13,6	11,8	13,1
Symptômes et états morbides mal définis	15,0	13,1	13,5	16,1	18,0	21,7	25,4	33,0
Troubles mentaux	4,3	10,5	17,3	22,1	20,4	15,9	13,9	15,8
Tumeurs	0,1	0,1	0,2	0,6	1,3	1,7	1,8	2,5
Grossesse, accouchement, suites de couche	0,3	3,4	2,9	0,3				
Hommes	De 10 à 19 ans	De 20 à 29 ans	De 30 à 39 ans	De 40 à 49 ans	De 50 à 59 ans	De 60 à 69 ans	De 70 à 79 ans	80 ans ou plus
Ensemble des pathologies	125,4	125,8	132,3	144,1	171,5	200,5	223,0	261,9
Lésions traumatiques	9,5	10,1	7,0	5,0	3,8	3,2	2,1	3,0
Maladies de l'appareil cardio-vasculaires	0,7	1,9	5,3	12,4	31,0	46,2	61,6	79,7
Maladies de l'appareil digestif	2,2	4,4	5,3	6,6	7,5	9,7	11,0	14,2
Maladies de l'appareil respiratoire	27,5	22,3	21,5	16,6	13,2	13,2	13,2	13,7
Maladies de la peau	10,3	7,8	5,6	4,8	4,6	4,4	4,8	5,6
Maladies des organes génito-urinaires	0,7	1,2	1,2	1,2	3,1	6,8	9,7	12,3
Maladies du sang et des organes hématopoïétiques	1,1	1,1	1,1	0,9	1,0	1,3	1,5	2,4
Maladies du système nerveux	1,3	3,0	4,5	5,6	6,4	7,0	9,6	12,7
Maladies endocriniennes, nutrition et métabolisme	0,9	0,8	3,5	9,2	21,4	31,5	30,7	25,7
Maladies infectieuses et parasitaires	10,0	10,4	7,6	5,8	4,1	3,6	2,9	3,3
Maladies ophtalmologiques	8,4	7,2	5,7	8,8	8,9	7,7	8,1	9,5
Maladies ostéoarticulaires	6,7	11,8	16,0	18,2	19,0	17,2	17,7	19,3
ORL	3,2	2,3	2,2	2,1	1,9	2,2	2,3	2,4
Prévention et motifs administratifs	25,7	16,7	14,0	13,1	11,7	12,8	11,8	12,8
Symptômes et états morbides mal définis	12,8	12,0	12,2	13,9	17,0	21,4	25,0	29,8
Troubles mentaux	4,3	12,6	19,2	19,0	15,6	10,0	7,7	10,8
Tumeurs	-	0,1	0,2	0,6	1,1	2,0	3,1	4,5

Champ : France métropolitaine (hors Corse) - Médecine libérale.

Sources : IMS-HEALTH, Étude permanente de la prescription médicale, 1^{er} septembre 2006 - 31 août 2007, exploitation DREES.

Principaux motifs de recours à l'hospitalisation en court séjour

Le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), mis en place par la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS), fournit une description « médico-économique » de l'activité des établissements de santé publics et privés. Depuis 1997, tout séjour hospitalier en soins de courte durée en médecine, chirurgie ou gynécologie-obstétrique (MCO) fait l'objet d'un enregistrement standardisé comportant notamment les caractéristiques démographiques du patient, les pathologies traitées et les actes chirurgicaux réalisés. Ces résumés de sortie standardisés (RSA) sont réunis par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) dans une base informatique nationale. L'étude des motifs de recours à l'hospitalisation en MCO est réalisée à partir de l'exploitation des données collectées sur le diagnostic principal des séjours.

■ DES HOSPITALISATIONS PLUS FRÉQUENTES POUR LES FEMMES

En 2006, le nombre de séjours¹ effectués dans les services hospitaliers de soins de courte durée en médecine, chirurgie ou gynécologie-obstétrique (MCO) publics et privés a été évalué à 16,4 millions pour les patients résidant en France métropolitaine : 8,8 millions pour les femmes ayant concerné 6 millions de patientes et 7,6 millions pour les hommes ayant concerné 4,8 millions de patients. Ce sont les enfants de moins d'un an, les hommes à partir de 55 ans et les femmes à partir de 65 ans qui présentent les risques d'hospitalisation les plus élevés (graphique 1).

La fréquentation hospitalière est, en 2006, majoritairement féminine (281 séjours pour 1 000 femmes, contre 255 séjours pour 1 000 hommes). Mais en corrigeant la population féminine de sa structure par âge et en exduant les séjours pour accouchement normal, les taux d'hospitalisation standardisés sont équivalents pour les femmes et les hommes (247 contre 249).

Pour l'ensemble des patients, les motifs liés à la surveillance, aux bilans ou à la prévention, ainsi que les maladies de l'appareil digestif sont les principaux motifs de recours en MCO. Viennent ensuite les maladies de l'appareil circulatoire et les tumeurs.

■ LA GROSSESSE ET L'ACCOUCHEMENT REPRÉSENTENT PRÈS D'UN TIERS DES SÉJOURS CHEZ LES FEMMES DE 15 À 44 ANS²

En 2006, après les séjours liés à la maternité pour les femmes, les motifs liés à la surveillance, aux bilans ou à la prévention arrivent en tête des motifs de recours à l'hôpital pour les

25-64 ans (18,5 % des séjours chez les hommes et 16,7 chez les femmes). Ensuite ce sont les maladies de l'appareil digestif (14,9 % chez les hommes et 11,1 chez les femmes) qui sont le plus souvent retrouvées.

Avant 45 ans, les traumatismes et empoisonnements constituent un motif fréquent de recours³ chez les hommes (1^{er} motif pour les 25-34 ans et 3^e pour les 35-44 ans) et les maladies de l'appareil génito-urinaire chez les femmes. Chez les 15-44 ans, le nombre de séjours pour « intoxication par produit pharmaceutique » correspond pour plus de 90 % à des tentatives de suicide⁴. Elles représentent 1,4 pour 100 séjours chez les femmes (43 800 séjours) et 1,5 pour 100 séjours chez les hommes (24 700 séjours).

Chez les personnes de 45 ans ou plus, les tumeurs, pour les femmes comme pour les hommes, les maladies de l'appareil circulatoire pour les hommes et les maladies ostéo-articulaires pour les femmes augmentent pour se rapprocher des taux d'hospitalisation causés par les maladies digestives.

■ PLUS DE 10 % DES HOSPITALISATIONS CHEZ LES FEMMES ÂGÉES ONT POUR MOTIF UNE CHIRURGIE DE LA CATARACTE

À partir de 65 ans, les maladies de l'appareil circulatoire sont la première cause de recours à l'hôpital avec près d'un séjour sur sept, (16,5 pour 100 séjours chez les hommes et 13,3 chez les femmes). Les motifs liés à la surveillance, aux bilans ou à la prévention sont également très fréquents (respectivement 15,2 et 12,8 pour 100 séjours). Pour les femmes, les maladies de l'œil motivent 12,1 séjours pour 100 avec notamment la cataracte responsable

à elle seule d'un peu plus de 10 % des hospitalisations des femmes âgées. Suivent trois groupes qui interviennent dans des proportions proches : les maladies de l'appareil digestif (10,3 pour 100), les tumeurs (8,9 pour 100) et les traumatismes en raison de la grande fréquence des fractures du col fémoral (7,7 pour 100). Pour les hommes, les affections les plus représentées sont les maladies cardiovasculaires et les motifs liés à la surveillance, aux bilans ou à la prévention sont les tumeurs, les maladies de l'appareil digestif et les maladies de l'œil (respectivement 13,4, 10,2 et 7,9 pour 100 séjours). ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA FICHE • DREES

1. Séjours en hospitalisation ≥ 24 heures et en hospitalisation < 24 heures non compris nouveau-nés non hospitalisés et venues pour des traitements itératifs réalisés au cours de séances (dialyse, chimiothérapie, radiothérapie...).

2. Cette proportion atteint presque 40 % si l'on y ajoute les séjours pour des grossesses terminées par un avortement.

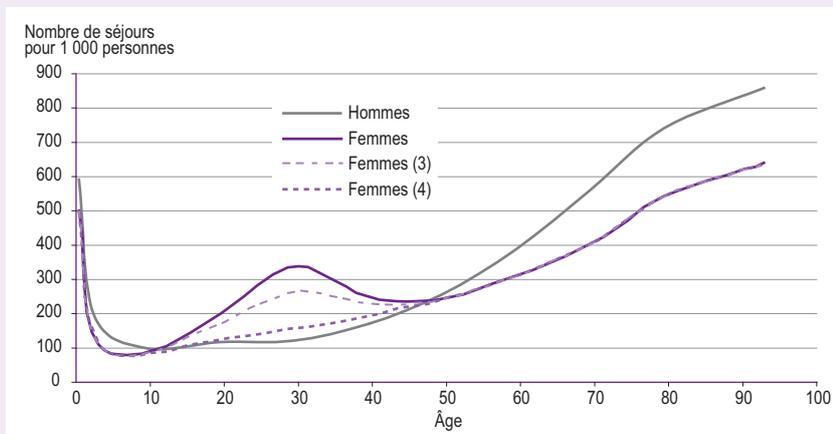
3. À rapprocher de la mortalité par morts violentes (accidents, suicides) dans cette tranche d'âge.

4. Mouquet M.-C., Bellamy V., 2006, « Suicides et tentatives de suicide en France », DREES, *Études et Résultats*, n° 488, mai.

synthèse

En 2006, six millions de femmes ont été hospitalisées en MCO. Globalement, les hospitalisations plus fréquentes pour les femmes sont à rapporter aux grossesses et à leur espérance de vie plus élevée que celle des hommes.

Graphique 1 • Taux d'hospitalisation en 2006 dans les services de soins de courte durée MCO (1) des établissements hospitaliers publics et privés Toutes causes selon le genre et l'âge des patients Ensemble des hospitalisations (2)



(1) Médecine générale et spécialités médicales, chirurgie générale et spécialités chirurgicales, gynécologie-obstétrique.
 (2) Hospitalisations de plus de un jour (y compris pour des traitements itératifs) et hospitalisations de moins de un jour pour des motifs autres que dialyse, chimiothérapie, radiothérapie et autres traitements itératifs.
 (3) Non compris accouchement unique et spontané (code O80 de la CIM de l'OMS 10^e Révision).
 (4) Non compris grossesse, accouchement et puerpéralité (chapitre XV de la CIM de l'OMS 10^e Révision).

Champ : Établissements publics et privés - Résidents France métropolitaine.

Sources : Base nationale PMSI-MCO 2006, DHOS, ATIH, exploitation DREES et estimations localisées de population au 1^{er} janvier 2006 (estimations janvier 2008), INSEE.

CHAMP • Établissements publics et privés – Résidents en France métropolitaine.

SOURCES • Base nationale PMSI-MCO, DHOS, ATIH, exploitation DREES.

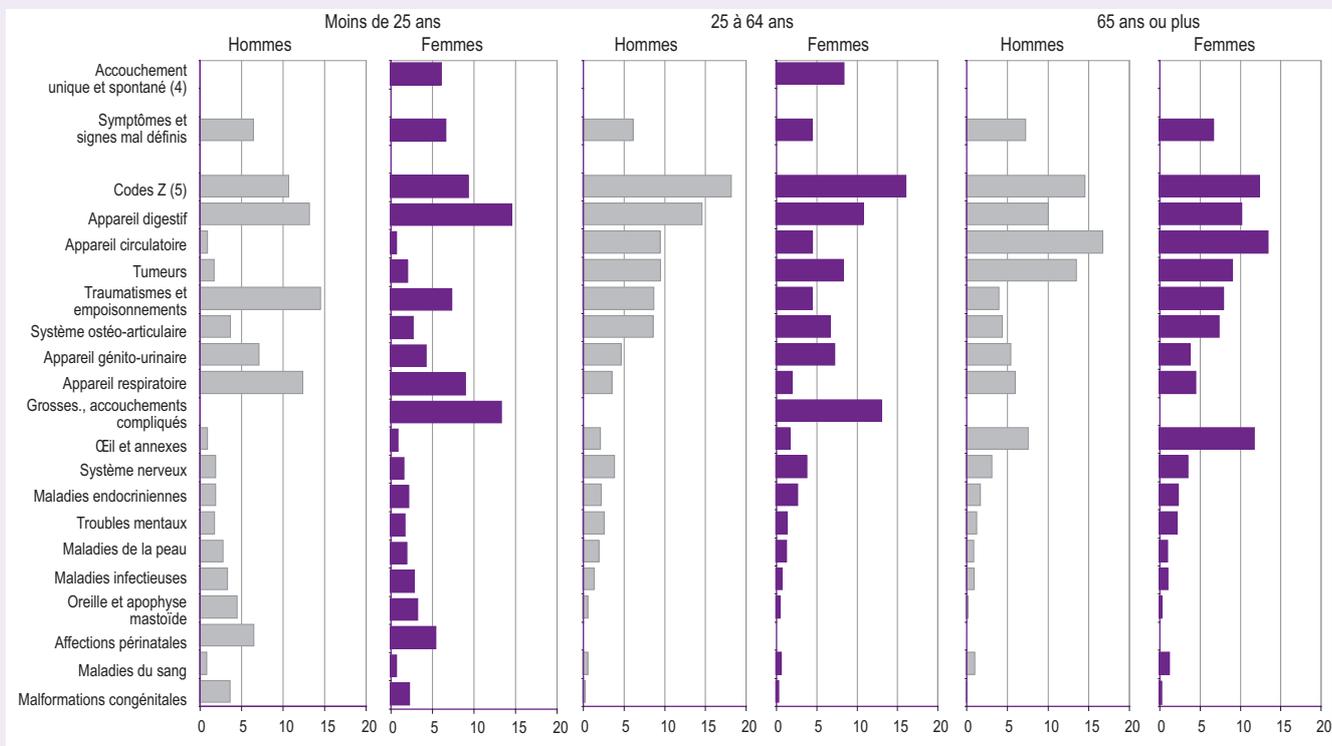
MODE DE CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • Le diagnostic principal recueilli à l'occasion de chaque séjour hospitalier en soins de courte durée en médecine, chirurgie ou gynécologie-obstétrique est codé avec la Classification internationale des maladies (CIM) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) dans sa 10^e révision (CIM 10). Les motifs de recours présentés ici correspondent à des regroupements des diagnostics principaux selon les chapitres de la CIM 10. Il s'agit de données redressées prenant en compte les défauts d'exhaustivité du PMSI liés à des non-réponses partielles ou totales d'établissements de santé; ce taux d'exhaustivité évalué en journées par comparaison avec la statistique annuelle des établissements (SAE) est proche de 100 % en 2006.

RÉFÉRENCES •

– Mouquet M.-C., 2005, « Les motifs de recours à l'hospitalisation de court séjour en 2003 », DREES, *Études et Résultats*, n° 444, novembre.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • DREES.

Graphique 2 • Répartition des séjours (1) annuels dans les services de soins de courte durée MCO (2) selon la pathologie traitée (3), l'âge et le genre du patient en 2006 (%)



Note : En dehors de l'accouchement unique et spontané et des symptômes, signes et états morbides mal définis, les groupes de maladies ont été classés par ordre décroissant de fréquences pour l'ensemble des séjours.

(1) Hospitalisations ≥ 24 heures (y compris pour des traitements itératifs) et hospitalisations < 24 heures pour des motifs autres que traitement itératif (dialyse, chimiothérapie, radiothérapie...).

(2) Médecine générale et spécialités médicales, chirurgie générale et spécialités chirurgicales, gynécologie-obstétrique.

(3) Diagnostic principal manifestation clinique, regroupement selon les chapitres de la CIM de l'OMS 10^e révision.

(4) Code O80 de la CIM de l'OMS 10^e Révision.

(5) Motifs de recours aux services de santé autres que maladie ou traumatisme tels que surveillance, prévention, motifs sociaux...

Lecture : En 2006, sur 100 séjours hospitaliers d'hommes de 65 ans ou plus, 16,5 avaient pour motif une maladie de l'appareil circulatoire.

Champ : Établissements publics et privés – Résidents en France métropolitaine.

Sources : Base nationale PMSI-MCO, DHOS, ATIH, exploitation DREES.

Accueil dans les structures médico-sociales

La dernière décennie a vu l'affirmation d'une volonté d'ouverture des structures médico-sociales vers le milieu ordinaire¹, accompagnée de nouvelles réalités sur le terrain de la prise en charge médico-sociale. Un constat général, souvent récurrent dans les études et recherches sur les populations adultes handicapées en institution, souligne une sous-représentation des femmes de l'ordre de quatre femmes pour six hommes². Ce résultat doit toutefois être nuancé selon l'âge, le type de structure d'accueil et le type de déficience. Il existe également des différences de prise en charge du handicap chez les femmes et les hommes qu'il est nécessaire d'éclairer au regard de l'environnement social des personnes concernées.

Les données présentées s'appuient sur les enquêtes auprès des établissements et services médico-sociaux pour adultes handicapés (enquêtes ES menées par la DREES) et les résultats publiés de l'enquête Handicaps, incapacités, dépendance en institution (HID) [Goillot et Mormiche, 2001].

■ LA SOUS-REPRÉSENTATION DES FEMMES VARIE... ...SELON LE TYPE DE STRUCTURE MÉDICO-SOCIALE

Deux types de structure s'opposent dans l'enquête sur les établissements sociaux et médicaux-sociaux (ES).

D'une part, les centres de rééducation professionnelle (CRP), où la sous-représentation des femmes est bien marquée (environ trois femmes sur dix personnes accueillies fin 2006), bien qu'elle ait sensiblement diminué au cours de la dernière décennie (deux femmes sur dix personnes accueillies dans les CRP fin 1997) (tableau 1). Les CRP assurent une formation professionnelle qui vise l'intégration ou la réintégration des personnes dans une activité professionnelle, et accueillent majoritairement des hommes âgés entre 25 et 50 ans. Les femmes sont beaucoup moins nombreuses, et ce, quelle que soit la tranche d'âge considérée (graphique 1).

D'autre part, les foyers d'accueil polyvalents³ comptent presque autant de femmes que d'hommes parmi leurs résidents (tableau 1). La structure par sexe et âge de ce type de foyers se rapproche de celle des maisons d'accueil spécialisée (MAS), des foyers occupationnels ou foyers de vie, mais aussi de celle des foyers d'accueil médicalisés (FAM), où les différences sont relativement moins marquées quel que soit l'âge des pensionnaires (graphique 1). Ces structures d'accueil de situations de handicap de grande dépendance, souvent de type internat, tendent vers une quasi-parité entre résidents hommes et femmes, même si les

effectifs masculins restent toujours un peu plus nombreux (graphique 1 et tableau 2).

Entre ces deux situations opposées, se trouvent des structures comme les établissements et services d'aide par le travail (ESAT), les foyers d'hébergement pour adultes handicapés et les services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) où nous retrouvons la proportion de 40 % de femmes parmi la population prise en charge. Dans ces trois types de structures, la majorité des personnes accueillies sont dans une relative autonomie, concrétisée par leur inscription dans une activité protégée ou en milieu ordinaire (le fait d'exercer une activité professionnelle pour les personnes en foyer d'hébergement, le fait d'habiter son propre logement pour les personnes accompagnées par un SAVS, etc.).

■ ...SELON LA DÉFICIENCE DES PERSONNES ACCUEILLIES

En détaillant, dans chaque type de structure, les différences par type de déficience principale⁴, de nouvelles observations se dégagent (tableau 2). D'abord, la déficience du psychisme se distingue clairement comme plus spécifique à la population masculine accueillie et ce, quel que soit le type de structure, mais de manière plus claire dans les structures de travail protégé (ESAT), les centres de rééducation (CRP) et les foyers d'hébergement. Par ailleurs, les déficiences telles que le polyhandicap et le plurihandicap caractérisant une forte proportion de résidents dans les MAS et les FAM, concernent presque autant de femmes que d'hommes. Quant aux déficiences motrices, elles touchent

les deux sexes de manière identique dans les services d'accompagnement (SAVS) et les foyers d'accueil polyvalent, mais restent plus spécifiques aux hommes dans les CRP et, dans une moindre mesure, dans les FAM. Enfin, les déficiences intellectuelles les plus courantes dans les établissements et services médico-sociaux, concernent toujours un peu moins de femmes, mais le ratio se rapproche de la parité (sans toutefois l'atteindre) lorsqu'il s'agit des foyers d'accueil polyvalent, des foyers occupationnels et foyers de vie, des FAM et des MAS.

■ DIFFÉRENCES DE GENRE ET ENVIRONNEMENT SOCIAL : DES LIENS COMPLEXES

Selon l'enquête Handicaps incapacités et dépendance (HID), effectuée auprès des ménages en 1999 et 2001, les femmes – à l'exception des moins de 30 ans – bénéficient d'une reconnaissance sociale de leur invalidité moindre par rapport aux hommes dans la même situation. Elles en font moins la demande et se voient moins attribuer une

1. Notamment avec la loi 2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale et la loi 2005-102 pour l'égalité des droits et des chances, la participation sociale et la citoyenneté des personnes handicapées.

2. Cette proportion est même notée dans les structures accueillant des enfants et des adolescents handicapés, toutefois, ce document ne porte que sur les adultes handicapés.

3. Cette catégorie d'établissement a été récemment créée en 2005 pour désigner les foyers d'hébergement qui proposent à la fois de l'internat, des activités occupationnelles et une prise en charge médicalisée.

4. Il s'agit d'une donnée déclarée par les gestionnaires de la structure médico-sociale enquêtée.

Tableau 1 • Pourcentage de femmes accueillies dans les différentes structures pour adultes handicapés (situation au 31 décembre 1997, 2001, 2006)

Type de structures pour adultes handicapés	1997	2001	2006
Travail protégé			
Établissement et service d'aide par le travail (ESAT)	40,4	40,3	39,9
Rééducation professionnelle			
Centre de rééducation professionnelle (CRP)	19,2	27,2	32
Hébergement			
Foyer d'accueil polyvalent	–	–	46,4
Foyer occupationnel ou foyer de vie	45,8	45	44,6
Maison d'accueil spécialisée (MAS)	45,6	44,4	44,4
Foyer d'accueil médicalisé (FAM)	44,4	42,2	42,2
Foyer d'hébergement	41,1	41,2	41
Accompagnement à la vie sociale			
Service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS)*	–	–	42

* Cette catégorie regroupe les accompagnements non médicalisés (SAVS) et les accompagnements médico-sociaux (SAMSAH).

Lecture : Au 31 décembre 2006, parmi les adultes travaillant en ESAT, on compte 39,9 % de femmes.

Champ : Établissements et services médico-sociaux pour adultes handicapés - France métropolitaine et départements d'outre-mer.

Sources : Enquêtes DREES, ES1997, ES2001, ES2006.

Tableau 2 • Rapport de féminité dans les différents types d'établissements accueillant des adultes handicapés, selon la déficience principale (situation au 31 décembre 2006)

Déficience principale**	Rapport du nombre de femmes / nombre d'hommes							
	ESAT	CRP	Foyer accueil polyvalent	Foyer hébergement	Foyer occupationnel	MAS	FAM	SAVS*
Déficiences intellectuelles	0,7	0,9	0,8	0,7	0,8	0,8	0,8	0,7
Déficience du psychisme	0,5	0,5	0,8	0,5	0,6	0,7	0,6	0,6
Déficiences auditives	0,6	0,7	ns	0,8	0,9	ns	0,9	0,8
Déficiences visuelles	0,5	0,5	ns	0,8	0,8	ns	0,8	1,2
Déficiences motrices	0,6	0,5	1	0,6	0,8	0,6	0,7	1
Plurihandicap	0,6	0,4	ns	0,8	0,7	0,8	0,7	0,7
Polyhandicap	0,7	0,3	ns	ns	0,8	0,9	0,9	ns

Note : ns = faibles effectifs. Dans ce tableau, n'ont été retenues que les déficiences pour lesquelles les effectifs estimés permettaient le calcul du rapport.

* Cette catégorie regroupe les accompagnements non médicalisés (SAVS) et les accompagnements médico-sociaux (SAMSAH).

** Déficience principale déclarée par le personnel de la structure répondant à l'enquête.

Les cases grisées représentent, pour chaque type de structure, les déficiences les plus représentées.

Lecture : Un rapport égal à 1 indique la parité entre hommes et femmes. Un rapport inférieur à 1 signifie une sous-représentation des femmes.

Champ : Établissements et services médico-sociaux pour adultes handicapés - France métropolitaine et départements d'outre-mer.

Sources : Enquête DREES, ES2006.

CHAMP • Établissements et services médico-sociaux pour adultes handicapés. France métropolitaine et DOM.

SOURCES • Enquête répétée auprès des établissements et services médico-sociaux, ES1997, ES2001, ES2006, DREES.

MÉTHODOLOGIE • L'enquête Établissements sociaux (ES) est réalisée par la DREES auprès des gestionnaires de structures sociales et médico-sociales pour enfants et adultes handicapés. C'est une enquête exhaustive, lancée pour la première fois en 1982. Actuellement, elle est effectuée environ tous les quatre ans. L'objectif de cette collecte régulière est de dresser un bilan de l'activité des dites structures, de décrire les principales caractéristiques de leur personnel ainsi le profil des personnes qui y sont accueillies.

RÉFÉRENCES •

- Cambois E., Désesquelles A., Ravaut J.-F., 2003, « Femmes et hommes ne sont pas égaux face au handicap », *Population et sociétés*, INED, n° 386, janvier.
- Caspar Ph., 2002, « L'accès des femmes mentalement retardées à la vie socio-économique », *Revue européenne du handicap mental*, 6-24 : 38-53.
- Conseil de l'Europe, 2003, *La discrimination à l'encontre des femmes handicapées*, Conseil de l'Europe, septembre.
- CTNERHI, 2002, « Les femmes handicapées », *Dossier documentaire*, n° 11.
- Goillot C., Mormiche P., 2001, « Handicaps Incapacités Dépendance en institution en 1998. Résultats détaillés », *INSEE Résultats*, n° 83-84, Démographie et société.
- Mainguené A., 2008, « Les établissements pour adultes handicapés : des capacités d'accueil en hausse. Résultats provisoires de l'enquête ES2006 », *Études et Résultats*, DREES, n° 641, juin.
- Ravaut J.-F., Ville I., 2003, « Les disparités de genre dans le repérage et la prise en charge des situations de handicap », *Revue Française des Affaires sociales*, La Documentation française, n° 1-2, 227-53, janvier-juin.
- Vanovermeir S., 2001, « Les établissements pour adultes handicapés au 31 décembre - 2001 », *Études et Résultats*, DREES, n° 308, mai.
- Woitrain E., 2000, « Les établissements médico-sociaux pour adultes handicapés, série chronologique 1985 à 1998 », *Document de travail*, DREES, n° 6, Statistiques, août.

ORGANISME RESPONSABLE DE L'EXPLOITATION • DREES, Bureau ESPAS.

Accueil dans les structures médico-sociales (suite)

reconnaissance de leur handicap. Chez les moins de 65 ans, les hommes sont plus souvent placés en institution que les femmes. En revanche, cette tendance s'inverse pour les plus âgés, les femmes ayant une plus grande espérance de vie que les hommes [Cambois *et al.*, 2003]. Parallèlement, cette même enquête HID menée en institution (en 1998 et 2000) indique que les hommes restent moins longtemps que les femmes en institution et semblent moins invalides (par rapport à la déclaration des incapacités) [Goillot et Mormiche, 2001].

Par ailleurs, de nombreuses études soulignent également les plus grandes difficultés rencontrées par les femmes handicapées par rapport aux hommes dans l'accès au milieu ordinaire et l'insertion dans une activité professionnelle, en France et dans d'autres pays d'Europe [Caspar, 2002 ; Conseil de l'Europe, 2003]. D'autres études ont mis en évidence une diminution progressive à partir de 35 ans du taux d'emploi chez les personnes handicapées, qui touche particulièrement les femmes et s'accélère après 55 ans [Ravaud et Ville, 2003].

L'analyse quantitative, en complément des études de cas qualitatives de cet accès au

milieu ordinaire des personnes handicapées (quel que soit le type de déficience), commence aujourd'hui à se développer, notamment grâce aux enquêtes en population générale comme Handicap-santé⁵ dont l'apport précieux est très attendu sur la question genre et handicap. ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA FICHE •
DREES

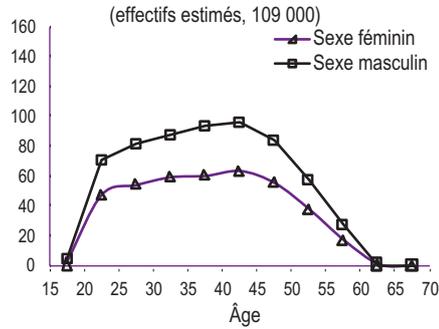
5. L'enquête Handicap-santé (nouvelle HID) est actuellement en préparation : la collecte de données de l'enquête Handicap-santé en ménage (HSM) a eu lieu en 2008, et la collecte de Handicap-santé en institutions (HSI) est prévue pour la fin de l'année 2009.

synthèse

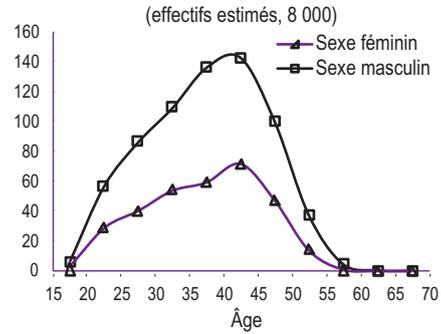
Les différences de genre parmi les populations souffrant d'une déficience motrice et/ou intellectuelle, accueillies dans des structures médico-sociales, sont souvent peu décrites. Il apparaît ainsi que les femmes sont sous-représentées (40 % des effectifs pris en charge). Ce résultat général masque cependant des différences selon le type de structure d'accueil et selon la déficience des personnes prises en charge. Pour mieux appréhender les différences observées entre les hommes et les femmes, la prise en compte de l'environnement social s'impose. En effet, le regard social sur les femmes handicapées diffère encore aujourd'hui de celui porté sur les hommes dans la même situation. Cela a incontestablement des répercussions diverses sur la vie quotidienne, la prise en charge et l'accès au milieu ordinaire préconisé dans le nouveau cadre législatif.

Graphique 1 • Répartition proportionnelle (pour 1 000 personnes) par âge et sexe selon le type de structure médico-sociale (situation au 31 décembre 2006)

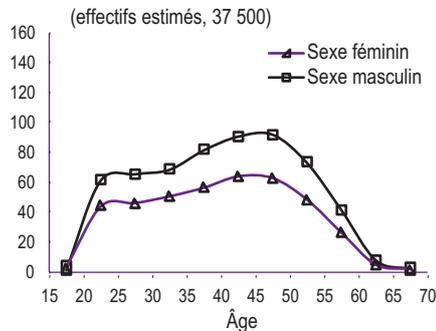
Établissement et service d'aide par le travail



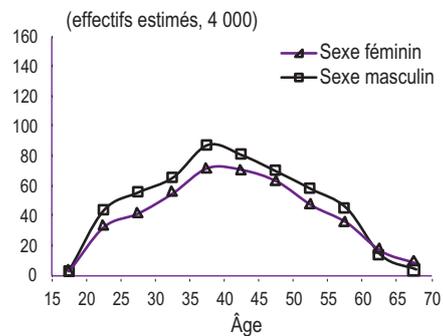
Centre de rééducation professionnelle



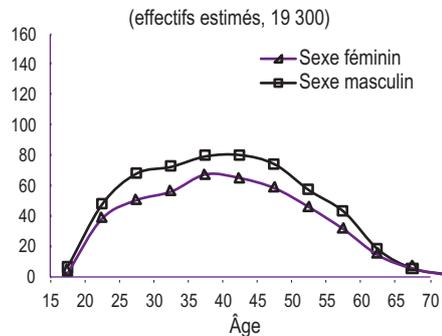
Foyer d'hébergement pour adultes



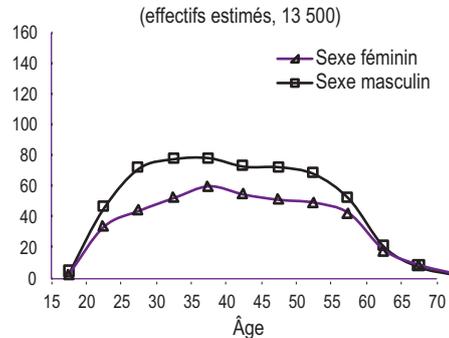
Foyer d'accueil polyvalent



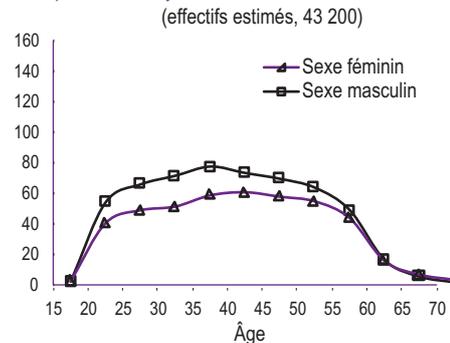
Maison d'accueil spécialisée



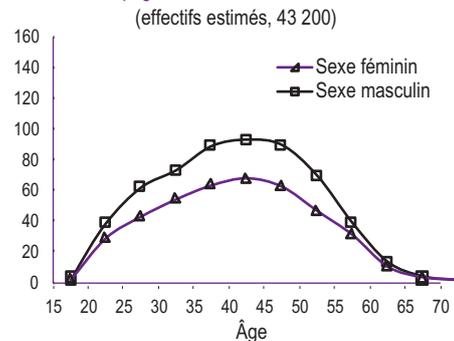
Foyer d'accueil médicalisé



Foyer occupationnel et foyer de vie



Service d'accompagnement à la vie sociale



Note : Répartition proportionnelle pour 1 000 personnes au total dans chaque structure.

Lecture : Sur 1 000 personnes accueillies en CRP fin 2006, les hommes sont surreprésentés à tous les âges, et de manière plus accentuée entre 30 et 50 ans. Par exemple, entre 40 et 45 ans, on compte 143 hommes et 72 femmes.

Champ : Établissements et services médico-sociaux pour adultes handicapés - France métropolitaine et départements d'outre-mer.

Sources : Enquête DREES, ES2006.

Dépenses médicales

Le recours aux soins, c'est-à-dire le fait d'accéder ou non aux services de santé, et le niveau de consommation médicale apparaissent fortement déterminés par les facteurs d'état de santé, de couverture assurancielle (en particulier pour l'ambulatoire), mais aussi par des facteurs démographiques, d'âge et de sexe. Ces travaux¹ ont montré notamment, en résultats bruts une fois prises en compte les différences de structure par âge, que les femmes se distinguent par une dépense de soins plus élevée que celle des hommes. Nous décrivons ici le recours aux soins des femmes, en regard de celui des hommes, selon l'âge, ceci pour la dépense de soins totale et pour quelques postes significatifs de la dépense ambulatoire: omnipraticien, spécialiste et optique, à partir d'un échantillon de données de liquidation de l'Assurance maladie appariées à l'enquête Santé protection sociale (ESPS) 2004.

■ LES FEMMES ONT UNE CONSOMMATION DE SOINS PLUS ÉLEVÉE QUE LES HOMMES

La dépense moyenne des femmes est globalement de 26 % supérieure à celle des hommes, ce qui s'explique en premier lieu par un effet d'âge; les femmes sont en moyenne plus âgées que les hommes. De plus, si la dépense de soins totale reproduit sur l'ensemble de la population et selon l'âge une courbe dite « en J » avec un creux relatif de dépense chez les personnes jeunes et jusqu'à trente ans puis une progression toujours plus forte jusqu'aux âges élevés, cet effet est beaucoup moins marqué chez les femmes, dont les dépenses aux âges intermédiaires sont plus élevées, en particulier chez les jeunes adultes. La dépense d'omnipraticiens des femmes suit la courbe en J précédemment décrite, mais avec un creux moins marqué pour les jeunes adultes. L'évolution est sensiblement parallèle à celle des hommes, mais reste à tous les âges à un niveau supérieur.

■ LES ÉCARTS DE DÉPENSES DE SPÉCIALISTES S'EXPLIQUENT EN PARTIE PAR LES SOINS DE GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUES

Les dépenses de spécialistes des femmes sont supérieures de 55 % à celles des hommes,

avec un écart particulièrement élevé entre 20 et 50 ans qui s'explique en partie par les dépenses de gynécologie-obstétrique. On observe également un différentiel important entre femmes et hommes pour les dépenses d'optique. La dépense d'optique moyenne est 29 % plus élevée pour les femmes. Elle est notablement plus élevée dans la tranche d'âge des 50-60 ans. Notons qu'en 2006, sept femmes sur dix déclarent porter des lunettes ou des lentilles, contre six hommes sur dix (ESPS 2006). Le différentiel est moins marqué pour les

dépenses en soins dentaires : les femmes dépensent en moyenne 18 % de plus que les hommes. Les différences sont constantes et de même sens jusqu'à 65 ans, puis s'estompent aux âges plus élevés. ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA FICHE • IRDES

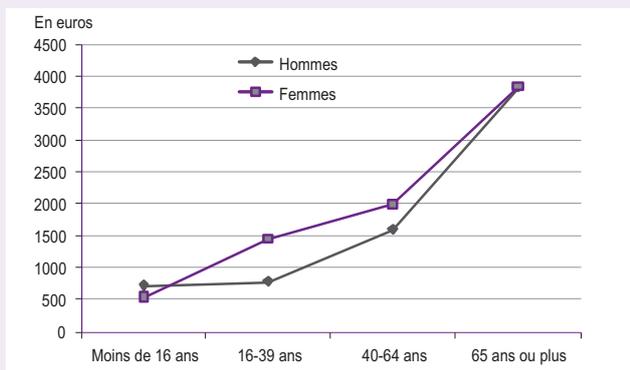
1. Raynaud D., 2005, « Les déterminants individuels des dépenses de santé : l'influence de la catégorie sociale et de l'Assurance maladie complémentaire », DREES, *Études et résultats*, n° 378, février

synthèse

La consommation de soins des femmes est, en 2004, plus élevée que celle des hommes, et cet écart semble se creuser si l'on compare ces résultats avec ceux de 1997.

Ces différences s'expliquent en partie par un effet de structure d'âge – les femmes vivent plus longtemps que les hommes – ainsi que par des recours aux soins spécifiques, notamment en gynécologie-obstétrique. Au-delà de ces différences attribuables à des situations de santé tangiblement différentes, d'autres éléments d'explication sont à rechercher dans les dimensions de besoin de soins et de santé essentielle. Ainsi, en moyenne, les femmes s'auto-évaluent en plus mauvais état de santé que les hommes. Ces résultats soulignant des recours aux soins plus élevés pour les femmes sont finalement en ligne avec les différentiels de santé objective connus par ailleurs, en particulier les écarts d'espérance de vie, favorables aux femmes. Ils restent toutefois insuffisants en eux-mêmes pour mettre en évidence une telle causalité.

Graphique 1 • La dépense totale de soins selon l'âge en 2004

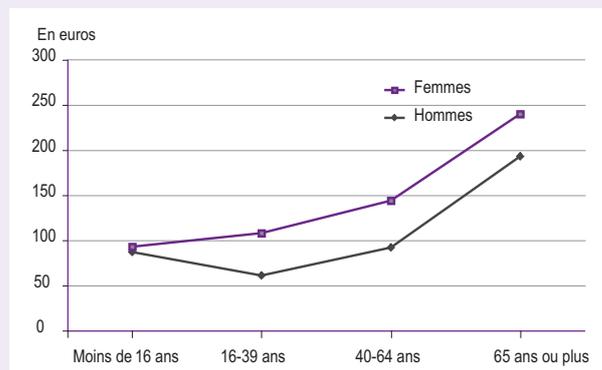


Lecture : La dépense de soins décrite ici est la dépense moyenne par individu, y compris les non consommateurs. Il s'agit de la dépense individualisable, c'est à dire sans prise en compte des soins hospitaliers relevant de l'enveloppe globale.

Champ : France métropolitaine.

Sources : EPAS-ESPS 2004.

Graphique 2 • La dépense d'omnipraticien par âge en 2004

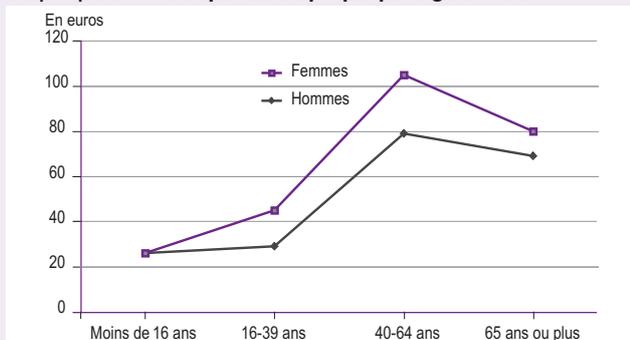


Lecture : La dépense de soins décrite ici est la dépense annuelle moyenne par individu, y compris les non consommateurs.

Champ : France métropolitaine.

Sources : EPAS-ESPS 2004

Graphique 3 • La dépense d'optique par âge en 2004

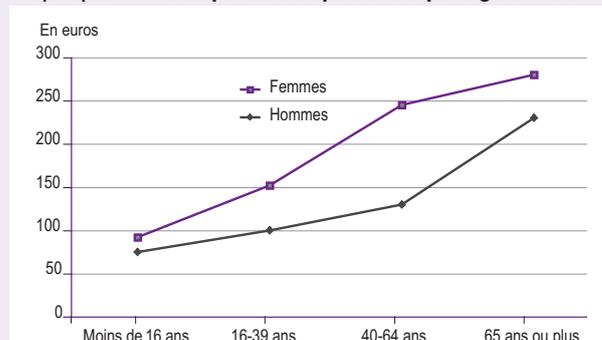


Lecture : La dépense de soins décrite ici est la dépense annuelle moyenne par individu, y compris les non consommateurs.

Champ : France métropolitaine.

Sources : EPAS-ESPS 2004

Graphique 4 • La dépense de spécialiste par âge en 2004

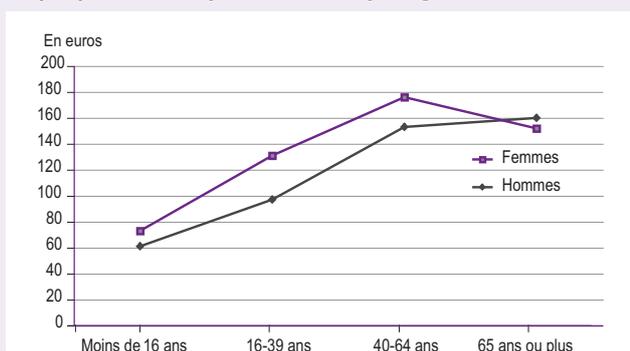


Lecture : La dépense de soins décrite ici est la dépense annuelle moyenne par individu, y compris les non consommateurs

Champ : France métropolitaine.

Sources : EPAS-ESPS 2004

Graphique 5 • La dépense dentaire par âge en 2004

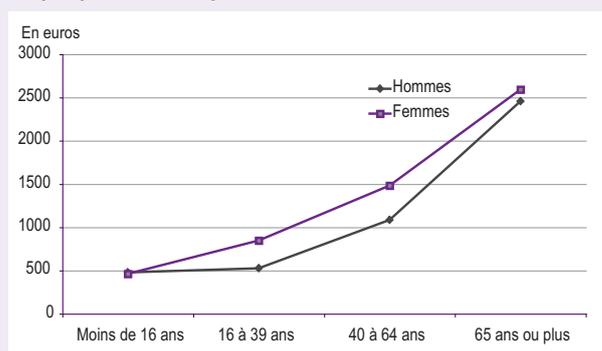


Lecture : La dépense de soins décrite ici est la dépense annuelle moyenne par individu, y compris les non consommateurs

Champ : France métropolitaine.

Sources : EPAS-ESPS 2004

Graphique 6 • La dépense ambulatoire



Lecture : La dépense de soins décrite ici est la dépense annuelle moyenne par individu, y compris les non consommateurs

Champ : France métropolitaine.

Sources : EPAS-ESPS 2004

CHAMP • France métropolitaine. L'enquête Santé protection sociale (ESPS) est une enquête en population générale menée tous les deux ans depuis 1988 par l'IRDES sur un échantillon de 20 000 personnes, en France métropolitaine. L'échantillon est constitué de ménages dont au moins une personne est assurée à l'un des trois principaux régimes (CNAMTS, MSA, RSI), ce qui garantit une représentativité de l'ordre de 95 % de la population des ménages ordinaires. Les données de l'enquête sont appariées, pour une partie de l'échantillon total, avec les consommations de soins de l'année d'enquête qui ont été portées au remboursement. En 2004, l'échantillon apparié compte 10 136 personnes. Les données sont repondérées pour garantir une distribution équilibrée selon l'âge, le sexe, le régime d'affiliation, la taille de ménage et la dépense de soins ambulatoires.

SOURCES • Enquête ESPS appariée à l'échantillon EPAS de l'assurance aux données d'Assurance maladie 2004.

LIMITES ET BIAIS • Le calcul de la dépense de soins ne prend pas en compte la dépense non individualisable, en particulier les hospitalisations en service de long séjour, pour les personnes âgées.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • IRDES.

Recours aux médicaments

En 2006, les Français ont dépensé 31,9 milliards d'euros en médicaments, soit 505 euros par an et par habitant. La consommation pharmaceutique représente 20 % des dépenses de santé et connaît des taux de croissance régulièrement élevés, toujours supérieurs à 5 % par an en volume (5,4 % pour 2005-2006). Pour la première fois depuis 1997, la croissance en valeur connaît un net infléchissement (1,5 %). Les Français sont réputés avoir une consommation pharmaceutique élevée par rapport à leurs voisins européens. L'enquête sur la santé et la protection sociale de l'IRDES permet d'avoir des informations individuelles sur cette consommation et sa nature.

■ PLUS D'UNE FEMME SUR DEUX A CONSOMMÉ UN MÉDICAMENT LA VEILLE DE L'ENQUÊTE

55,3 % des femmes et 36,4 % des hommes ont consommé au moins un médicament dans la journée précédant l'enquête. 52 % des femmes et 33,5 % des hommes consomment des médicaments prescrits par un médecin alors que les pourcentages s'établissent respectivement à 5,7 % et 3 % pour la consommation de médicaments non prescrits.

■ UNE SURCONSOMMATION FÉMININE DE 2 À 70 ANS

La consommation globale, de même que la consommation de pharmacie prescrite suit une courbe en J selon l'âge. Chez les fillettes, le taux de consommatrices de pharmacie prescrite en un jour est de 30 % avant deux ans. Il est minimal chez les fillettes de 2 à 9 ans (14 %) puis augmente avec l'âge jusqu'à atteindre plus de 85 % au-delà de 70 ans. Le taux de consommateurs de pharmacie prescrite chez les hommes est largement inférieur à celui des femmes dès l'âge adulte et jusqu'à 70 ans. Plus élevé que celui des fillettes avant 2 ans (40 %), il décroît avec l'âge et atteint un minimum de 9 % chez les jeunes hommes de 20 à 30 ans, puis croît régulièrement pour rejoindre le taux des femmes à partir de 70 ans (graphique 1).

La consommation pharmaceutique non prescrite reste très basse à tous les âges, n'excédant pas 8 % chez les femmes de 40 à 49 ans et 4 % chez les hommes de 30 à 39 ans. Elle a tendance toutefois à se réduire encore au fur et à mesure de l'avancée en âge.

■ LES PRINCIPALES CLASSES THÉRAPEUTIQUES DE MÉDICAMENTS CONSOMMÉS PAR LES FEMMES

Les différences entre femmes et hommes sont très marquées pour certaines classes thérapeutiques. Ainsi, les femmes sont cinq fois plus souvent consommatrices de médicaments de la classe de l'appareil génito-urinaire et hormones sexuelles – contraceptifs, hormones de la ménopause – (14 % des femmes contre 2,7 % des hommes) et cinq fois plus souvent consommatrices d'hormones que les hommes (5,6 % contre 1,1 %). Elles consomment également deux fois et demi plus souvent que les hommes des vitamines, minéraux ou médicaments du métabolisme et deux fois plus souvent des psychotropes (9,7 % contre 4,7 %). Leur consommation de médicaments du système nerveux central (antalgiques) est 1,7 fois supérieure à celle des hommes et elles consomment 1,3 fois plus souvent des médicaments de l'appareil cardiovasculaire (graphique 2).

■ LES FEMMES QUI VIVENT SEULES SONT LES PLUS GRANDES CONSOMMATRICES

Que ce soit chez les femmes ou chez les hommes, il n'y a pas de disparités sociales de consommation pharmaceutique liée aux revenus ou au milieu social. En revanche, le type de ménage et sa taille ont une influence non négligeable.

Après contrôle de l'âge et par rapport aux ménages composés d'une personne seule, la probabilité d'être un consommateur de pharmacie un jour donné est plus faible pour les femmes appartenant à des familles monoparentales (OR = 0,62) et celles en couple avec enfants (OR = 0,69) (tableau 1). Parallèlement, la probabilité pour une femme de consommer de la pharmacie un jour donné diminue régulièrement avec la taille du ménage (OR = 0,76 pour les ménages de trois personnes et OR = 0,42 pour les ménages de six personnes et plus).

Les hommes en couple sans enfant ont, quant à eux, une probabilité plus élevée d'être consommateurs de pharmacie un jour donné que les hommes vivant seuls (OR = 1,45) alors que, comme chez les femmes, les hommes vivant en couple avec enfants ont une probabilité plus faible (OR = 0,79) de consommer un médicament un jour donné. Enfin, la probabilité de consommer des médicaments est plus faible pour les hommes appartenant aux ménages de grande taille (4 personnes et plus).

■ UN NOMBRE MOYEN DE MÉDICAMENTS PLUS ÉLEVÉ CHEZ LES FEMMES

Le nombre moyen de médicaments par personne et par jour est également plus élevé pour les femmes (1,71) que pour les hommes (1,17).

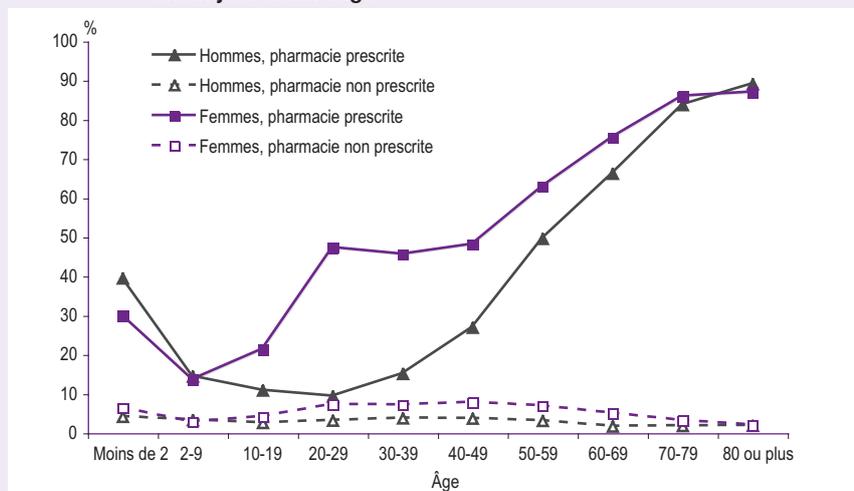
Le nombre de médicaments consommés par les femmes augmente avec l'âge et suit une courbe en J passant de 0,7 pour les moins de 2 ans à 0,3 pour les 2 à 9 ans, puis croissante dès l'âge de 10 ans jusqu'à atteindre 4,7 médicaments par personne à 80 ans ou plus. La courbe des hommes a un profil similaire à celui des femmes, avec une courbe en J, mais le minimum est décalé vers la classe d'âge des 20-29 ans (0,21) et le nombre moyen de médicaments par personne reste inférieur à celui des femmes jusqu'à 60-69 ans. ●

synthèse

Un jour donné en 2006, 55 % des femmes et 36 % des hommes ont consommé au moins un médicament. Le nombre moyen de médicaments par consommateur est plus élevé chez les femmes (1,7) que chez les hommes (1,2). La consommation pharmaceutique augmente avec l'âge après un minimum chez les adolescents et les jeunes adultes.

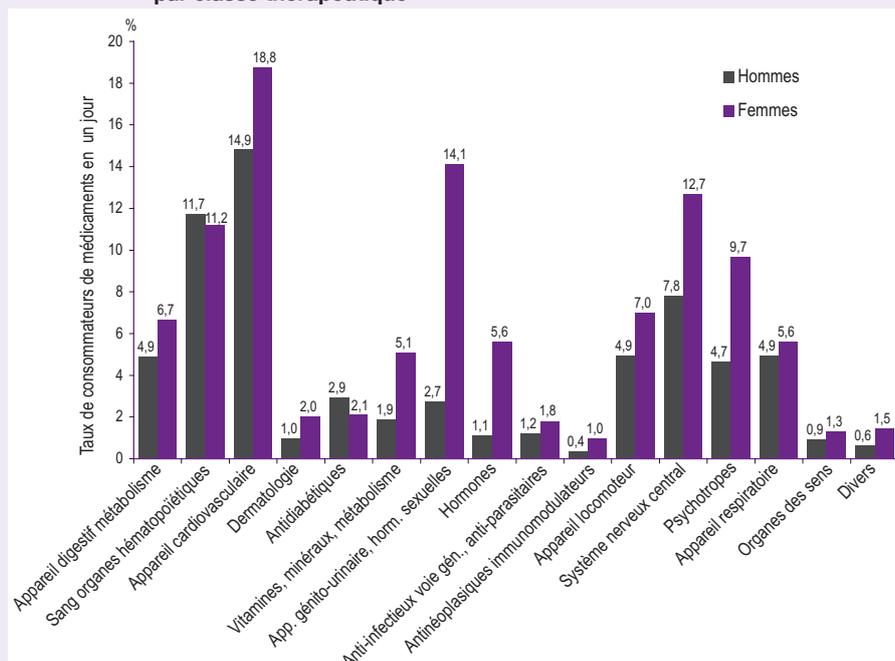
Les différences entre les femmes et les hommes concernent aussi les types de médicaments consommés avec des écarts plus marqués pour les médicaments à visée génitale et urinaire (contraception), les psychotropes, les antalgiques et les médicaments de l'appareil cardiovasculaire. Le type de ménage et sa taille ont une influence sur la consommation pharmaceutique. Chez les femmes comme chez les hommes les couples avec enfants consomment moins de médicaments que les femmes seules. Les femmes mères de famille monoparentale consomment également moins que les femmes seules alors que les hommes en couple sans enfant consomment davantage que les hommes seuls.

Graphique 1 • Taux de consommateurs de pharmacie prescrite et non prescrite en un jour selon l'âge



Champ : Population résidant en France métropolitaine en ménage ordinaire.
Sources : IRDES, enquête ESPS 2006.

Graphique 2 • Taux de consommateurs de médicaments en un jour par classe thérapeutique



CHAMP • Ensemble des personnes résidant dans un ménage dont au moins un des membres est assuré de l'un des trois régimes de Sécurité sociale (CNAMTS, RSI, MSA).

SOURCES • Enquête sur la santé et la protection sociale (ESPS) 2006, représentative de 95 % des ménages vivant en France métropolitaine. Cette enquête est réalisée tous les deux ans.

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • Taux de consommateurs : nombre de personnes ayant consommé au moins un médicament au cours des 24 heures précédant l'inter view, rapporté à l'ensemble des personnes ayant répondu au questionnaire sur la santé. Nombre moyen de médicaments : nombre de médicaments différents consommés rapportés au nombre total de personnes ayant répondu au questionnaire sur la santé (qu'elles aient ou non consommé du médicament).

LIMITES D'INTERPRÉTATION ET BIAIS CONNUS • Les données reposent sur les déclarations des individus et sont donc soumises aux biais habituels des enquêtes déclaratives.

RÉFÉRENCES • Allonier C., Dourgnon P., Rochereau T., 2008, « Enquête sur la santé et la protection sociale 2006 », IRDES, Rapport n° 1701, avril.

ORGANISME RESPONSABLE DE L'ENQUÊTE • IRDES.

Champ : Population résidant en France métropolitaine en ménage ordinaire.
Sources : IRDES, enquête ESPS 2006.

Tableau 1 • Probabilité de consommer de la pharmacie un jour donné selon le type et la taille du ménage après ajustement sur l'âge

	Hommes	Femmes
	Odds ratio (IC 95 %)	Odds ratio (IC 95 %)
Réf. : personne seule	Réf.	Réf.
Famille monoparentale	0,937 (0,674 - 1,304)	0,624 (0,479 - 0,812)
Couple sans enfant	1,446 (1,141 - 1,832)	0,905 (0,728 - 1,127)
Couple avec enfant	0,794 (0,633 - 0,994)	0,66 (0,535 - 0,814)
Autres	0,718 (0,495 - 1,041)	0,686 (0,499 - 0,944)
Réf. : ménage de 1 personne	Réf.	Réf.
2 personnes	1,386 (1,097 - 1,75)	0,849 (0,685 - 1,052)
3 personnes	1,014 (0,797 - 1,292)	0,762 (0,609 - 0,954)
4 personnes	0,686 (0,539 - 0,872)	0,648 (0,52 - 0,809)
5 personnes	0,716 (0,548 - 0,937)	0,634 (0,496 - 0,81)
6 personnes et plus	0,633 (0,449 - 0,893)	0,415 (0,305 - 0,567)

Champ : Population résidant en France métropolitaine en ménage ordinaire.
Sources : IRDES, enquête ESPS 2006.

Santé perçue

Les enquêtes déclaratives fournissent des indicateurs de santé perçue et rapportée par la population elle-même. L'état de santé peut alors être appréhendé selon divers éclairages : médical au travers des maladies déclarées par les individus ; fonctionnel, relevant ainsi incapacités et ressenti, qui analyse la perception que les individus ont de leur propre état de santé. C'est ce dernier point de vue qui est abordé dans cette fiche à partir de l'enquête Santé protection sociale de l'IRDES 2006. Cet indicateur de santé perçue se révèle prédictif des consommations médicales, des maladies et incapacités diagnostiquées, ainsi que de la mortalité¹.

■ LES FEMMES SE PERÇOIVENT EN MOINS BONNE SANTÉ QUE LES HOMMES

À la question « Comment est votre état de santé général ? », 20,2 % des femmes répondent « très bon » et 51,3 % « bon ». À l'inverse, 23,5 % disent que leur état de santé est « moyen » et 5,1 % « mauvais » ou « très mauvais ». Globalement, les hommes se disent, plus que les femmes, en bonne santé : 24,8 % d'entre eux estiment que leur état de santé est « très bon » et 52,6 % qu'il est « bon » (graphique 1).

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 à ux mêmes âges. Quelle que soit la tranche d'âge, les femmes se perçoivent toujours en moins bon état de santé que les hommes (graphique 2).

■ UN GRADIENT SOCIAL FORT EST OBSERVÉ CHEZ LES FEMMES COMME CHEZ LES HOMMES

Il existe un fort gradient social lié à l'état de santé perçue. À âge comparable, quelle que soit la variable sociale examinée, les femmes en situation défavorisée déclarent toujours un moins bon état de santé. Ainsi, il existe des écarts significatifs selon les revenus : les femmes appartenant à des ménages dont les revenus sont supérieurs à 990 euros par mois ont une plus faible probabilité d'être en mau-

vaise santé que celles vivant dans des ménages dont les revenus sont inférieurs à ce montant. La probabilité de se dire en mauvaise santé diminue régulièrement au fur et à mesure que le revenu augmente. De même, les cadres, les professions intermédiaires, les employées administratives, les artisanes et commerçantes se sentent en meilleure santé que les ouvrières et les employées de commerce.

Pour les hommes, on observe également ce même gradient selon le revenu et il est pratiquement de même ampleur que pour les femmes. Par rapport aux ouvriers qualifiés, les ouvriers non qualifiés ont une plus grande probabilité de se déclarer en mauvaise santé, tandis que les agriculteurs, les artisans commerçants, les cadres et les professions intermédiaires ont une meilleure opinion de leur état de santé (tableau 1).

Les caractéristiques du ménage sont également liées à l'état de santé perçue. Dans une première approche, on peut dire que plus un ménage est de grande taille et meilleur paraît l'état de santé de ses membres. En effet, les femmes qui vivent dans des ménages de deux, trois, quatre ou cinq personnes déclarent moins souvent être en mauvaise santé que les femmes seules. En revanche, les femmes appartenant à des ménages de six personnes ou plus ne déclarent pas un état de santé différent de celui des femmes seules. Le type de ménage est également associé à l'état de santé : les femmes en

couple avec ou sans enfant déclarent un meilleur état de santé que celles vivant seules.

On retrouve des caractéristiques similaires pour les hommes : ceux qui appartiennent à des ménages de trois, quatre ou cinq personnes et les hommes vivant en couple avec enfant se disent en meilleure santé que ceux qui vivent seuls. ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA FICHE • IRDES

1. Idler E.L., Benyamini Y., 1997, « Self-rated health and mortality : a review of twentyseven community studies », *Journal of Health and Social Behaviour*, 38 : 21-37. Desalvo K.B., Fan V.S., McDonell M.B., Fihn S.D., 2005, « Predicting Mortality and Healthcare Utilization with a Single Question », *Health Services Research*, 40 (4) : 1234-46.

synthèse

La perception de l'état de santé diffère de manière importante entre les femmes et les hommes. Globalement, et à chaque âge, les femmes se perçoivent toujours en moins bon état de santé que les hommes. Il existe un très fort gradient social de cette perception de l'état de santé. Quel que soit l'indicateur social observé, revenu ou milieu social, les femmes et les hommes les moins favorisés socialement se déclarent toujours en moins bon état de santé.

Tableau 1 • Probabilité de déclarer un état de santé perçu comme moyen, mauvais et très mauvais selon les caractéristiques sociales et le genre après ajustement sur l'âge

	Femmes Odds Ratio (IC 95 %)	Hommes Odds Ratio (IC 95 %)
Profession		
Réf. : ouvrier qualifié	-	-
Agriculteur	0,695 (0,48-1,006)	0,698 (0,521-0,937)
Artisan commerçant	0,67 (0,455-0,989)	0,605 (0,468-0,781)
Cadre et profession intellectuelle	0,405 (0,285-0,575)	0,39 (0,313-0,487)
Profession intermédiaire	0,454 (0,339-0,607)	0,539 (0,441-0,658)
Employé administratif	0,735 (0,559-0,967)	0,751 (0,553-1,02)
Employé de commerce	1,022 (0,773-1,25)	1,003 (0,652 -1,542)
Ouvrier non qualifié	1,327 (0,977-1,803)	1,342 (1,071-1,681)
Inconnu/refus	0,817 (0,593-1,126)	0,432 (0,276-0,675)
Revenus du ménage		
Réf. : moins de 840 euros	-	-
De 840 à 990 euros	0,972 (0,637-1,483)	1,179 (0,688-2,021)
De 990 à 1 300 euros	0,629 (0,466-0,850)	0,689 (0,477-0,994)
De 1 300 à 1 600 euros	0,489 (0,36-0,664)	0,43 (0,299-0,618)
De 1 600 à 1 900 euros	0,493 (0,359-0,678)	0,369 (0,253-0,539)
De 1 900 à 2 200 euros	0,381 (0,279-0,520)	0,371 (0,258-0,534)
De 2 200 à 2 500 euros	0,478 (0,349-0,654)	0,344 (0,237-0,499)
De 2 500 à 3 100 euros	0,309 (0,233-0,411)	0,257 (0,183-0,359)
De 3 100 à 4 600 euros	0,226 (0,17-0,3)	0,221 (0,158-0,309)
Plus de 4 600 euros	0,186 (0,131-0,264)	0,155 (0,104-0,231)
Inconnu/refus	0,402 (0,306-0,529)	0,34 (0,244-0,474)
Type de ménage		
Réf. : personne seule	-	-
Famille monoparentale	1,028 (0,79-1,337)	1,143 (0,785-1,663)
Couple sans enfant	0,781 (0,643-0,949)	0,887 (0,698-1,127)
Couple avec enfant	0,616 (0,501-0,758)	0,609 (0,478-0,775)
Autres	1,187 (0,865-1,628)	1,231 (0,846-1,791)
Taille du ménage		
Réf. : ménage de 1 personne	Réf.	Réf.
2 personnes	0,826 (0,683-0,998)	0,905 (0,714-1,147)
3 personnes	0,8 (0,421-0,673)	0,728 (0,559-0,948)
4 personnes	0,532 (0,421-0,673)	0,546 (0,417-0,714)
5 personnes	0,685 (0,519-0,904)	0,666 (0,489-0,908)
6 personnes et plus	0,9 (0,635-1,277)	0,907 (0,618-1,331)

Lecture : Les femmes qui vivent dans un ménage dont les revenus sont compris entre 2 500 et 3 100 euros sont moins souvent en mauvaise santé que les femmes dont les revenus sont de moins de 840 euros (OR = 0,309). La différence est significative car la borne supérieure de l'intervalle de confiance est inférieure à 1 (0,411).

Champ : France métropolitaine.

Sources : Enquête ESPS 2006, IRDES.

CHAMP • Ensemble des personnes résidant dans un ménage dont au moins un des membres est assuré de l'un des trois régimes de Sécurité sociale (CNAMTS, RSI, MSA).

SOURCES • Enquête sur la santé et la protection sociale 2006, représentative de 95 % des ménages vivant en France métropolitaine. Cette enquête est réalisée tous les deux ans.

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • Pourcentage de personnes ayant répondu à la question « Comment est votre état de santé en général ? »

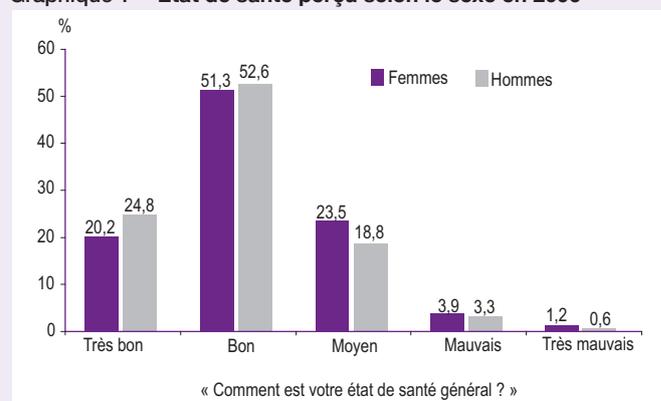
LIMITES ET BIAIS • Les données reposent sur les déclarations des individus et sont donc soumises aux biais habituels des enquêtes déclaratives.

RÉFÉRENCES •

– Allonier C., Dourgnon P., Rochereau T., 2008, *Enquête sur la santé et la protection sociale 2006*, 238 p., avril.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • IRDES.

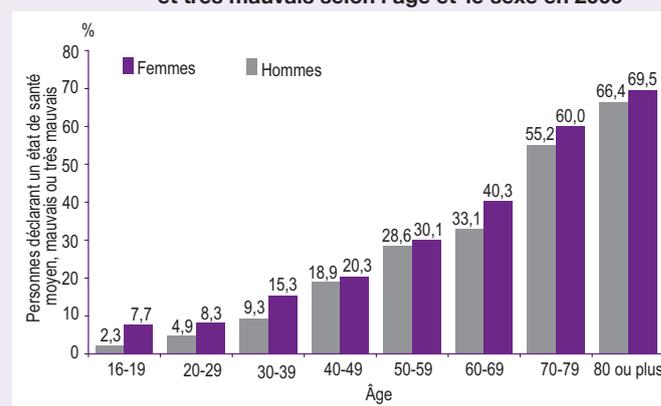
Graphique 1 • État de santé perçu selon le sexe en 2006



Champ : France métropolitaine.

Sources : Enquête ESPS 2006, IRDES.

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



Champ : France métropolitaine.

Sources : Enquête ESPS 2006, IRDES.

santé sexuelle et reproductive



Fécondité

En 2008, 834 000 naissances ont été enregistrées en France établissant ainsi un nouveau record depuis le début de années quatre-vingt. Après une baisse continue au cours des décennies précédentes le minimum a été atteint en 1994 avec 741 500 naissances, ce nombre est depuis 1995 en augmentation. Le cap des 800 000 naissances a été franchi en l'an 2000.

Le taux de natalité, rapport du nombre de naissances vivantes de l'année à la population totale moyenne de l'année, s'élève pour 2007 à 12,8 et pour 2008 à 13,0 pour 1 000 habitants. Il est relativement stable depuis dix ans.

Ce taux calculé sur l'ensemble de la population dépend de l'espérance de vie et ne constitue pas le meilleur indicateur de la vitalité démographique d'un pays, on lui préfère le taux de fécondité, l'indice conjoncturel de fécondité et la descendance finale¹.

■ L'INDICATEUR CONJONCTUREL DE FÉCONDITÉ LE PLUS ÉLEVÉ D'EUROPE

Une approche transversale de la fécondité est appréhendée à partir du taux global de fécondité. Cet indicateur est défini par le rapport du nombre de naissances vivantes à l'effectif moyen de la population féminine d'âge fécond (15-49 ans) pour une année donnée. L'évolution temporelle de ce taux est difficile à interpréter puisqu'il s'agit d'une mesure transversale qui ne tient pas compte des effets de calendrier. C'est pourquoi l'on s'intéresse plus particulièrement aux taux de fécondité par âge (ou groupes d'âge quinquennaux) qui permettent de mieux éclairer les tendances. Entre 1994 et 2007, on constate une diminution des taux de fécondité pour les femmes les plus jeunes mais une forte augmentation de ces taux après 30 ans (tableau 1 et graphique 1).

L'indicateur conjoncturel de fécondité est la somme des taux de fécondité par âge observés sur une année donnée. Cet indicateur donne le nombre d'enfants qu'aurait une femme tout au long de sa vie, si les taux de fécondité observés une année considérée à chaque âge demeuraient inchangés. L'indicateur conjoncturel de fécondité est plus adapté que le taux de fécondité aux comparaisons car il ne dépend pas de la structure par âge des populations. L'indicateur conjoncturel de fécondité a augmenté régulièrement depuis dix ans. De 1,75 en 1996, il est passé à 1,97 en 2007 et 2,02 en 2008.

La France fait partie des pays industrialisés où la fécondité est particulièrement soutenue. En 2005, elle est devenue, devant l'Irlande, le pays le plus fécond d'Europe. Ces deux pays restent largement en tête devant la moyenne européenne (1,5 en 2007 contre 2 en France et

1,9 en Irlande). Les pays qui connaissent les niveaux de fécondité les plus bas sont les pays situés à l'Est : Slovaquie, Slovénie, Pologne, Hongrie, Lituanie, Grèce, République tchèque, Allemagne (avec environ 1,30 enfant par femme) ainsi que les pays d'Europe du Sud (Italie, Espagne et Portugal).

■ EN 2007, LA DESCENDANCE FINALE EST DE 2,14 ENFANTS POUR LES FEMMES NÉES EN 1957

En France, les femmes ayant atteint la fin de leur vie féconde ont en moyenne plus de deux enfants. La descendance finale¹ de la génération 1957 s'établit à 2,14 enfants par femme en 2007. À 35 ans, ces femmes avaient déjà eu 1,95 enfant. Les femmes nées dix ans plus tard n'avaient que 1,74 enfant au même âge, mais ce retard a été ensuite rattrapé en partie puisque leur descendance atteignait 1,97 enfant à 40 ans contre 2,10 enfants pour les femmes de la génération 1957.

Actuellement, les femmes âgées de 35 ans ont déjà eu en moyenne 1,68 enfant. Le retard s'est légèrement accentué, mais permet d'envisager une descendance finale au moins égale à 1,95 enfant par femme.

■ LA FÉCONDITÉ SE CARACTÉRISE ACTUELLEMENT PAR UN RECUL SENSIBLE DE L'ÂGE À LA MATERNITÉ

21 % des naissances concernent des femmes âgées de 35 ans ou plus en 2007 contre 20,3 % l'année précédente et 15,6 % il y a dix ans. Le nombre des naissances multiples (jumeaux, triplés...) est par ailleurs en augmentation continue depuis une vingtaine d'années. En 2007, 16 accouchements sur 1 000 ont donné naissance à plus d'un enfant; en 1995, c'était le cas de 13 accouchements

sur 1 000. Cette évolution s'explique par l'augmentation de l'âge moyen à la maternité passé de 28,9 ans en 1995 à 29,8 ans en 2007, des maternités tardives qui donnent plus souvent lieu à des naissances multiples. Le recours plus fréquent aux techniques d'aide à la procréation a également amplifié ce phénomène. ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA FICHE •
INSEE - DREES

1. Descendance finale : nombre moyen d'enfants que mettrait au monde une génération de femmes tout au long de leur vie féconde, si l'on ne tenait pas compte de leur mortalité.

synthèse

En 2008, les naissances dépassent à nouveau 800 000. L'âge moyen des femmes à la maternité continue de progresser et s'établit à 29,8 ans.

L'indice conjoncturel de fécondité par femmes s'établit à près de deux enfants par femmes et la descendance finale des femmes qui ont atteint aujourd'hui la fin de leur vie féconde (nées en 1957) est de 2,14 enfants par femme. Au sein de l'Union européenne, la France reste en pointe pour la fécondité. En 2005, elle est devenue, devant l'Irlande, le pays le plus fécond d'Europe.

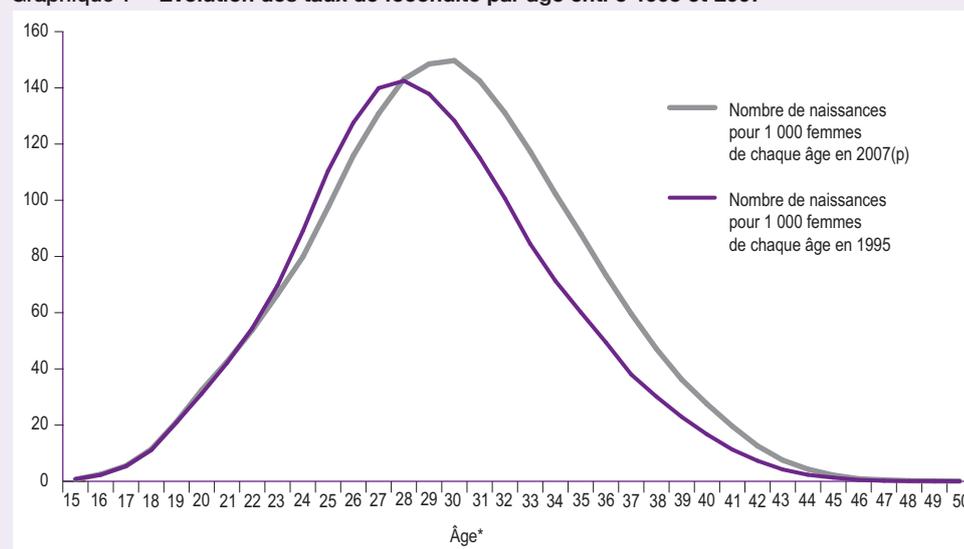
Tableau 1 • Indicateur conjoncturel de fécondité (ICF) et taux de fécondité par tranche d'âge depuis 1994

	Indicateur conjoncturel de fécondité (ICF)	Taux de fécondité par tranche d'âge				Âge moyen des mères à la maternité
		15-24 ans	25-29 ans	30-34 ans	35 ans ou plus	
1994	1,683	0,337	0,645	0,469	0,232	28,8
1996	1,750	0,320	0,655	0,519	0,257	29,0
1998	1,779	0,310	0,646	0,543	0,279	29,3
2000	1,893	0,333	0,666	0,584	0,310	29,3
2001	1,895	0,340	0,655	0,582	0,318	29,3
2002	1,880	0,330	0,648	0,581	0,321	29,4
2003	1,891	0,324	0,646	0,593	0,328	29,5
2004	1,916	0,327	0,647	0,604	0,338	29,6
2005	1,943	0,325	0,643	0,621	0,353	29,7
2006	2,004	0,331	0,654	0,646	0,373	29,7
2007 (p)	1,975	0,317	0,636	0,643	0,380	29,8

(p) : Résultats provisoires.

Champ : France métropolitaine et départements d'outre-mer.**Sources** : INSEE, état civil.

Graphique 1 • Évolution des taux de fécondité par âge entre 1995 et 2007



* Âge atteint dans l'année.

(p) : Données provisoires.

Champ : France métropolitaine et départements d'outre-mer.**Sources** : INSEE, état civil.**CHAMP** • France métropolitaine et départements d'outre-mer.**SOURCES** • INSEE (état civil), Eurostat pour les données européennes.**MODE DE CONSTRUCTION DES INDICATEURS**

Taux de natalité : rapport du nombre de naissances vivantes de l'année à la population totale moyenne de l'année.

Taux de fécondité : rapport du nombre de naissances vivantes de l'année à l'ensemble de la population féminine en âge de procréer (nombre moyen des femmes de 15 à 50 ans sur l'année). À la différence de l'indicateur conjoncturel de fécondité, son évolution dépend en partie de l'évolution de la structure par âge des femmes âgées de 15 à 50 ans.

Indicateur conjoncturel de fécondité : somme des taux de fécondité par âge observés une année donnée. Cet indicateur donne le nombre d'enfants qu'aurait une femme tout au long de sa vie si les taux de fécondité observés à chaque âge l'année considérée demeuraient inchangés. Il est parfois exprimé en « nombre d'enfants pour 100 femmes ».

Descendance finale : nombre moyen d'enfants que mettrait au monde une génération de femmes, non soumises à la mortalité, tout au long de leur vie féconde.

LIMITES ET BIAIS • Données exhaustives.**RÉFÉRENCES**– Pla A., 2008, « Bilan démographique 2007, des naissances toujours très nombreuses », INSEE, *INSEE première*, n° 1170, janvier.**ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR** • INSEE.

Contraception et IVG

Depuis leur autorisation en 1975, le nombre d'interruptions volontaires de grossesse (IVG) n'a que peu varié en France métropolitaine. Aujourd'hui un peu plus de 200 000 femmes sont concernées chaque année, soit 14,5 femmes pour 1 000 en 2006, contre une estimation de 250 000 pour 1976. L'indice synthétique d'interruption volontaire de grossesse, qui représente le nombre moyen d'IVG que les femmes d'âges féconds auraient, si à chaque âge, elles étaient soumises aux taux de recours de l'année considérée, s'élève, quant à lui, à 0,52 en 2006. La loi du 4 juillet 2001 a modifié les règles de recours à l'IVG en portant le délai maximal de recours autorisé de 10 à 12 semaines de grossesse. Cette loi qui permet aussi de recourir à une IVG médicamenteuse dans le cadre de la médecine de ville, n'a pas eu d'impact sur la fréquence des recours. Les IVG peuvent désormais être réalisées en cabinet de ville jusqu'à sept semaines d'aménorrhée. L'utilisation croissante des méthodes de contraception médicales n'a pas fait chuter le nombre d'interruptions volontaires de grossesse et les échecs de contraception demeurent conséquents. La démedicalisation de l'accès à la contraception d'urgence, disponible sans prescription depuis 1999, a multiplié par sept le nombre de comprimés de Norlevo® vendus entre 1999 et 2006. L'objectif de la loi de santé publique de 2004 vise à assurer l'accès à une contraception adaptée, à la contraception d'urgence et à l'IVG dans de bonnes conditions à toutes les femmes qui décident d'y avoir recours.

■ PLUS DE RECOURS À L'IVG CHEZ LES 20-24 ANS ET PLUS DE 13 000 IVG DE MINEURES EN 2006

En 2006, 209 700 IVG ont eu lieu ; 14,5 femmes sur 1000, âgées de 15 à 49 ans, ont été concernées. Ce sont les femmes de 20 à 24 ans qui y ont le plus souvent recours, avec 27 IVG pour 1 000 femmes en moyenne, suivies par les femmes de 25 à 29 ans et de 18 à 19 ans (respectivement 23 et 23,8 IVG pour 1 000 femmes). Plus de 13 000 jeunes filles de 15 à 17 ans ont été concernées par une IVG en 2006 (soit 1 sur 100) et 850 jeunes filles de moins de 15 ans. Entre 2002 et 2006, l'observation des recours aux IVG par groupe d'âges laisse apparaître une certaine stabilité (graphique 1) à l'exception des mineures où se dessinent une évolution continue à la hausse (de 8,9% à 11,5%).

■ FORTE PROGRESSION DES IVG MÉDICAMENTEUSES

Plus de deux IVG sur trois ont été réalisées dans le secteur public et l'activité est très concentrée sur certains établissements : 6 % des établissements, ayant la plus forte activité en matière d'IVG, concentraient à eux seuls plus du quart des IVG réalisées dans l'année. Dans le cas d'une IVG chirurgicale, neuf fois sur dix, la femme est hospitalisée pour moins de 12 heures. L'intervention est pratiquée par voie médicamenteuse de plus en plus fré-

quemment : 46 % des IVG en 2006 étaient des IVG médicamenteuses intervenant jusqu'à la septième semaine d'aménorrhée, contre 10 % en 1992. Depuis 2004, les femmes peuvent s'adresser aux gynécologues et médecins généralistes qui ont passé une convention avec un établissement hospitalier afin de pratiquer des IVG médicamenteuses en cabinet. Cette pratique concernait moins de 9 000 femmes en 2005 et près de 20 000 en 2007 selon les données de remboursement du régime général.

■ FORTES DISPARITÉS TERRITORIALES EN MATIÈRE DE RECOURS ET D'OFFRE DE RECOURS AUX IVG

L'offre en matière de recours à l'IVG de ville est très inégale : la région Île-de-France concentre à elle seule près de la moitié des forfaits remboursés. Les recours à l'IVG sont inégalement répartis sur le territoire, avec des recours supérieurs à 18 IVG pour 1 000 femmes en Île-de-France et dans le Sud-Est contre une moyenne de 12,2 pour l'ensemble des autres régions. Les départements d'outre-mer conservent les taux de recours les plus élevés, compris entre 21 et 39 IVG pour 1 000 femmes. Au niveau européen, la France se situe parmi les pays aux taux les plus élevés, juste derrière l'Estonie, la Lettonie, la Hongrie et la Suède dont les taux d'IVG sont supérieurs à 15%.

■ MÉTHODES CONTRACEPTIVES EN 2005

L'utilisation d'une méthode de contraception est en très légère augmentation puisque, selon les données du baromètre Santé 2005, 73 % des femmes âgées de 15 à 54 ans ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois ont déclaré utiliser un moyen pour éviter une grossesse ; elles étaient 70,5 % en 2000. Parmi les utilisatrices, la pilule est le mode de contraception le plus répandu avec 57,4 % des femmes de 15 à 54 ans qui déclarent utiliser cette méthode pour éviter une grossesse (tableau 2), suivie par le stérilet (24,8 %) et le préservatif (11,4 %). Les méthodes médicales réversibles, qui concernaient 52 % des femmes utilisant une contraception en 1978, continuent de croître au détriment des méthodes naturelles. Moins de 3 % des femmes déclarent avoir recours à une méthode locale ou naturelle en 2005. Enfin, on note que la contraception d'urgence est de plus en plus largement utilisée : 3,4 % des femmes de 15 à 54 ans et 19,1 % des femmes de moins de 20 ans l'ont utilisée au moins une fois dans l'année. ●

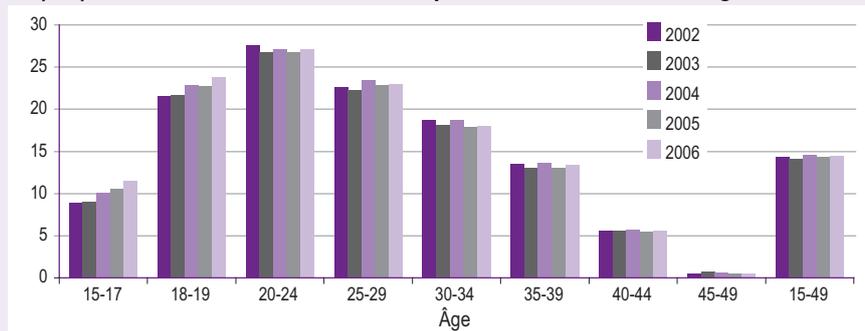
ORGANISME RESPONSABLE DE LA FICHE • DREES

synthèse

Depuis 2002, le nombre d'interruptions volontaires de grossesse est relativement stable avec de petites fluctuations d'une année sur l'autre. La part des IVG médicamenteuses continue de croître et représente 46 % des IVG en 2006.

Le nombre d'IVG pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans atteint 14,5 en 2006 en France métropolitaine. Malgré le développement de la contraception d'urgence et des méthodes médicales de contraception, le nombre d'IVG ne diminue pas.

Graphique 1 • Évolution du nombre d'IVG pour 1 000 femmes selon l'âge



Champ : France métropolitaine.

Sources : SAE – PMSI – DREES – INSEE.

Tableau 1 • Les interruptions volontaires de grossesses selon la région d'intervention en 2006

Région	IVG effectifs	IVG pour 1 000 femmes	IVG médicamenteuses en %	IVG pour 1 000 femmes mineures	IVG secteur public en %
Île-de-France	57 109	19,2	42,9	14,8	55,3
Champagne-Ardenne	3 531	11,3	54,3	11,2	79,2
Picardie	5 524	12,4	57,0	13,3	99,8
Haute-Normandie	5 014	11,6	33,4	10,2	87,8
Centre	6 928	12,3	56,1	11,7	96,0
Basse-Normandie	3 554	11,0	55,8	9,6	94,6
Bourgogne	4 096	11,5	32,3	9,4	91,3
Nord - Pas-de-Calais	12 232	12,4	53,5	11,9	97,7
Lorraine	6 640	12,0	45,0	10,7	67,3
Alsace	5 093	11,4	80,8	9,3	82,8
Franche-Comté	3 297	12,6	32,7	11,6	97,1
Pays de la Loire	8 617	11,0	37,3	9,7	87,4
Bretagne	7 952	11,6	41,5	9,8	87,0
Poitou-Charentes	4 147	11,1	50,4	10,1	78,8
Aquitaine	9 824	14,0	36,7	13,0	76,3
Midi-Pyrénées	8 944	14,3	52,1	11,0	48,6
Limousin	1 966	12,9	49,6	11,4	89,9
Rhône-Alpes	17 827	12,5	35,9	9,7	88,4
Auvergne	3 256	11,2	39,7	10,9	88,0
Languedoc-Roussillon	10 334	18,0	52,3	14,9	59,1
PACA	22 368	20,4	47,8	16,8	69,3
Corse	1 446	22,5	72,1	17,9	80,1
France métropolitaine	209 699	14,5	45,7	12,3	73,7
Guadeloupe	4 626	39,4	51,6	30,9	65,3
Martinique	2 392	22,9	37,8	24,9	100,0
Guyane	1 914	36,7	62,0	34,7	77,0
La Réunion	4 523	21,3	42,3	28,3	77,5
DOM	13 455	27,8	47,5	28,9	77,2
France entière	223 154	14,9	45,8	12,9	74,0

Sources : INSEE – Estimations de population au 1^{er} janvier - SAE-PMSI, DREES.

Champ : France entière.

RÉFÉRENCES •

- Vilain A., 2008 « Les interruptions volontaires de grossesse en 2005 », *Études et Résultats*, DREES, n° 624, février.
- Rossier C., Pirus C., 2007, « Évolution du nombre d'interruptions de grossesse en France entre 1976 et 2002 », *Population*, INED volume 62, n° 1.
- Bajos N., Bozon M., 2008 « Enquête sur la sexualité en France », *Pratiques, genre et santé*, La Découverte.
- Beck F., Guilbert P., Gautier A., 2007, *Baromètre Santé 2005*, INPES, novembre.

méthodologie

Trois sources peuvent actuellement être exploitées concernant les interruptions volontaires de grossesse (IVG) réalisées chaque année :

- les bulletins d'interruptions de grossesse (BIG), dont le remplissage est prévu par la loi ;
- la statistique annuelle des établissements de santé (SAE) ;
- les données issues du programme médicalisé des systèmes d'informations (PMSI).

D'autres sources ponctuelles permettent de mesurer l'incidence du recours à l'avortement, comme le baromètre Santé de l'INPES (Institut national de la prévention et d'éducation pour la santé). Ce dernier indiquait qu'en 2005, 17,2% des femmes sexuellement actives avaient déjà eu recours à une IVG au cours de leur vie (plus de 20 % parmi les femmes de 45 à 54 ans).

Pour l'estimation globale du nombre d'IVG, les comparaisons réalisées au niveau régional, départemental et pour certains départements, au niveau des établissements, ont montré que les chiffres issus de la SAE étaient les plus réguliers en tendance et globalement les plus fiables. Ils présentent toutefois l'inconvénient de ne fournir que des informations en nombre limité et agrégées par établissement.

Les bulletins d'IVG ne sont quant à eux pas exhaustifs. On estime ainsi qu'entre 1995 et 1998, 4,4% des IVG du secteur public et 33,2% des IVG du secteur privé n'ont pas donné lieu au remplissage d'un bulletin. Ils permettent toutefois de fournir des informations complémentaires concernant la durée de gestation, les grossesses antérieures, la situation familiale et professionnelle des femmes, leur nationalité, etc.

Les données du PMSI ne sont, elles aussi, pas directement utilisables à ce jour pour le dénombrement précis des seules IVG (elles comprennent également les interruptions de grossesse pratiquées pour motif médical sans les distinguer). En revanche, elles permettent de connaître l'âge précis de la patiente lors de l'entrée en séjour.

Tableau 2 • Pratiques contraceptives en 2005 parmi les personnes déclarant utiliser, systématiquement ou non, un moyen pour éviter une grossesse, selon le sexe et l'âge

	FEMMES – HOMMES					
	Ensemble	15-19 ans	20-24 ans	25-34 ans	35-44 ans	45-54 ans
Contraceptions médicales	85,8 – 78,8	79,6 – 56,6	89,8 – 77,8	85,7 – 78,1	87,1 – 83,4	83,0 – 81,5
Pilule	57,4 – 57,2	78,8 – 55,7	87,8 – 76,6	66,8 – 66,9	46,5 – 50,0	33,1 – 43,0
Stérilet	24,8 – 19,5	0,0 – 0,9	1,1 – 0,8	16,9 – 10,0	36,5 – 29,8	41,8 – 35,5
Implant	1,3 – 0,9	0,8 – 0,0	0,9 – 0,4	1,8 – 0,9	1,4 – 1,9	0,3 – 0,4
Stérilisation	2,3 – 1,2	0,0 – 0,0	0,0 – 0,0	0,2 – 0,3	2,7 – 1,7	7,8 – 2,6
Contraceptions non médicales	14,2 – 21,2	20,3 – 43,4	10,2 – 22,3	14,2 – 21,9	12,8 – 16,6	17,0 – 18,5
Préservatif	11,4 – 18,5	20,1 – 43,2	9,7 – 21,6	11,4 – 19,8	9,7 – 13,0	12,5 – 14,1
Méthodes locales ou naturelles	2,8 – 2,7	0,2 – 0,2	0,5 – 0,7	2,8 – 2,1	3,1 – 3,6	4,5 – 4,4
Total	100,0 – 100,0	99,9 – 100,0	100,0 – 100,1	99,9 – 100,0	99,9 – 100,0	100,0 – 100,0

Champ : France entière.

Sources : Baromètre Santé 2005, INPES.

Anémie et carence en fer

Le fer est un micronutriment essentiel intervenant dans la synthèse de l'hémoglobine et dans de nombreux processus comme la respiration et la division cellulaire. En raison des pertes liées aux menstruations, les besoins quotidiens en fer sont les plus élevés chez les femmes non ménopausées. Les apports nutritionnels conseillés (ANC) en fer sont de 16 mg/jour pour les femmes non ménopausées et 9 mg/jour pour les hommes et les autres femmes, sachant que la biodisponibilité varie selon l'aliment dont le fer est issu. Chez les femmes enceintes, les besoins en fer sont augmentés, ce qui implique généralement de recourir à une supplémentation.

Des apports en fer insuffisants peuvent conduire à une anémie dite ferriprive. L'anémie est définie par un taux d'hémoglobine < 12 g/dl pour les femmes et < 13 g/dl pour les hommes. Un taux de ferritine sérique, protéine de stockage du fer, < 15 µg/l marque une déplétion totale des réserves en fer. La présence conjuguée de ces deux déficits constitue l'anémie ferriprive. La loi de santé publique du 4 août 2004 prévoit la diminution de la prévalence de l'anémie ferriprive, pour passer de 4 % des femmes en âge de procréer à 3 %.

■ 8 % DES FEMMES NON MÉNOPAUSÉES, ISSUES DE FOYERS LES PLUS DÉFAVORISÉS, ONT UNE ANÉMIE

Selon l'étude nationale nutrition santé (ENNS) réalisée en 2006-2007, la prévalence de l'anémie¹ s'élève à 4,5 % chez les femmes âgées de 18 à 74 ans (tableau 1). L'anémie est significativement plus fréquente chez les femmes non ménopausées (5,7 %) que chez les femmes ménopausées (2,6 %). Comparativement, seuls 1,9 % des hommes présentent une anémie. Chez les femmes non ménopausées, le risque d'anémie est associé aux revenus du foyer. En effet, 8 % des femmes de foyers les plus défavorisés présentent une anémie contre 0,8 % des femmes de milieux plus aisés.

■ AVANT LA MÉNopause, UN RISQUE DE CARENCE EN FER PLUS ÉLEVÉ CHEZ LES FEMMES AYANT UN NIVEAU D'ÉTUDE SUPÉRIEUR

Selon l'ENNS, 8,7 % des femmes de 18 à 74 ans présentent une déplétion totale de réserves en fer² (tableau 1). De plus, 18,1 % des femmes peuvent être considérées à « risque de déplétion ». Les proportions de femmes présentant une déplétion totale des réserves ou à risque de déplétion sont plus élevées chez les femmes non ménopausées (respectivement 13,5 % et 25,5 %) que chez les femmes ménopausées (respectivement 0,4 % et 5,7 %). Les hommes sont peu concernés : 1,3 % présentent une déplétion des réserves en fer et 2,6 % sont à risque de déplétion.

La prévalence de la déplétion totale des réserves en fer est associée au niveau d'étude chez les femmes non ménopausées. Le risque de carence en fer est significativement augmenté

chez les femmes ayant un niveau d'étude supérieur ou égal au baccalauréat (16,4 % contre 9,8 % pour celles ayant un niveau d'étude inférieur au baccalauréat). Selon l'OMS, la carence en fer est un des problèmes nutritionnels les plus fréquents, y compris dans les pays développés. Aux USA, d'après l'étude NHANES III (1988-1994), 13,4 % des femmes de 20 à 49 ans présentaient une déplétion totale des réserves en fer, sachant que le seuil retenu (ferritine < 12 µg/l) est inférieur au seuil français. Les valeurs observées en Europe de l'Ouest sont du même ordre de grandeur que celles observées dans ENNS.

■ LES FEMMES AUX NIVEAUX DE REVENUS LES PLUS BAS ONT PLUS SOUVENT UNE ANÉMIE FERRIPRIVE

Dans ENNS, la prévalence de l'anémie ferriprive³ s'élève à 1,9 % chez les femmes de 18 à 74 ans (tableau 1). La prévalence de l'anémie ferriprive dépend du statut ménopausique : 3,0 % des femmes non ménopausées présentent une anémie ferriprive alors que moins de 0,1 % des femmes ménopausées sont concernées. Par ailleurs, seuls 0,5 % des hommes présentent une anémie ferriprive. Parmi les femmes non ménopausées, la prévalence de l'anémie ferriprive est associée aux revenus mensuels du ménage et au nombre de grossesses à terme

(graphique 1). Selon l'étude NHANES III, la prévalence de l'anémie ferriprive atteignait 4,7 % des femmes en âge de procréer aux USA.

■ PRÈS D'UN TIERS DES FEMMES ONT DES APPORTS ALIMENTAIRES EN FER INSUFFISANTS

Selon l'étude InCa 2⁴ réalisée en 2006-2007, les apports moyens en fer chez les femmes de 18-79 ans sont de 11,5 mg par jour (contre près de 15 mg par jour chez les hommes). Les deux tiers des femmes ont des apports alimentaires en fer inférieurs à 100 % des ANC (16 mg par jour chez celles en âge de procréer, 9 mg par jour chez les plus âgées). Elles sont 31,5 % dont les apports sont inférieurs aux deux tiers des ANC et 13,0 %, dont les apports sont inférieurs à la moitié des ANC. Chez les femmes non ménopausées, la moyenne des apports est de 11,4 mg par jour, 20,7 % d'entre elles ayant ainsi des apports inférieurs à la moitié des ANC. S'il n'existe pas de différence significative selon le niveau d'éducation dans les apports alimentaires en fer, ils sont en revanche variables selon la PCS chez l'ensemble des femmes, comme chez celles non ménopausées (graphique 2) : les apports les plus faibles sont observés chez les femmes employées, retraitées, artisanes, commerçantes et chefs d'entreprise en comparaison des femmes cadres ou de profession intermédiaire. Les ouvrières ont des apports en fer comparables à ceux des cadres. De telles variations ne sont pas relevées chez les hommes d'après les données de l'étude InCa 2. ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA FICHE • USEN (INVS – PARIS 13 – CNAM)

1. L'anémie est définie par une hémoglobinémie (ou taux d'hémoglobine dans le sang) < 12 g/dl chez les femmes (< 13 g/dl chez les hommes).
2. Une déplétion totale des réserves en fer est définie par un taux de ferritine sérique < 15 µg/l. Sont considérées comme à risque de déplétion, les personnes dont le taux en ferritine sérique est compris entre 15 et 30 µg/l.
3. L'anémie ferriprive est définie chez les femmes par une hémoglobinémie < 12 g/dl et un taux de ferritine sérique < 15 µg/l.
4. InCa: étude individuelle nationale sur les consommations alimentaires.

synthèse

En France, 13,5 % des femmes non ménopausées présentent une déplétion totale des réserves en fer et 3 % une anémie ferriprive. Ces fréquences sont plus élevées que celles observées chez les femmes ménopausées et chez les hommes. Il existe par ailleurs des disparités selon le niveau d'études, les revenus ou encore le nombre de grossesses. Les apports alimentaires en fer apparaissent, avec 11,5 mg par jour en moyenne, insuffisants au regard des apports nutritionnels conseillés chez les femmes non ménopausées, avec des variations selon la PCS. Les apports par la supplémentation et les aliments enrichis seront à prendre en compte dans les analyses des apports alimentaires.

Tableau 1 • Prévalence de l'anémie, des déplétions en fer, des risques de déplétions en fer et de l'anémie ferriprive

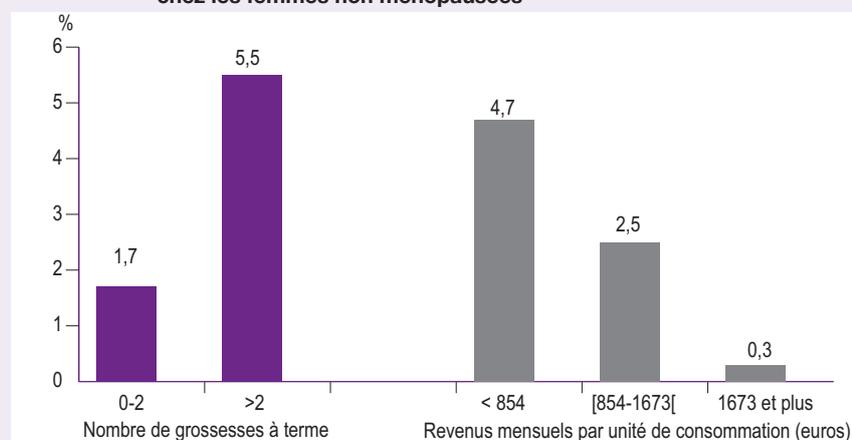
	Femmes non ménopausées			Femmes ménopausées	Femmes	Hommes
	18-39 ans	≥ 40 ans	Ensemble			
Anémie* (%)	6,5	4,9	5,7	2,6	4,5	1,9
Statut en fer** (%)						
Déplétion totale des réserves**	16,3	10,3	13,5	0,4	8,7	1,3
À risque de déplétion***	33,1	16,9	25,5	5,7	18,1	2,6
Anémie ferriprive**** (%)	2,3	3,7	3,0	0,0	1,9	0,5

* Hémoglobine < 12 g/dl (femmes) ; < 13 g/dl (hommes) ; ** Ferritine sérique < 15 µg/l ; *** 15 µg/l ≤ ferritine sérique < 30 µg/l ; **** Anémie et déplétion totale des réserves en fer.

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

Sources : Étude nationale nutrition santé 2006-2007.

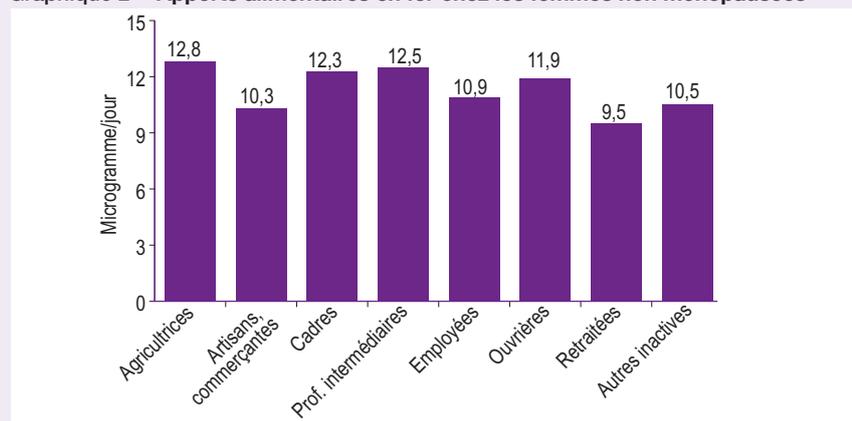
Graphique 1 • Prévalence de l'anémie ferriprive selon le nombre de grossesses à terme et les revenus mensuels par unité de consommation chez les femmes non ménopausées



Champ : France métropolitaine (hors Corse), femmes de 18 ans ou plus non ménopausées résidant en ménage ordinaire.

Sources : Étude nationale nutrition santé 2006-2007.

Graphique 2 • Apports alimentaires en fer chez les femmes non ménopausées



Champ : France métropolitaine (hors Corse), femmes de 18 ans ou plus non ménopausées résidant en ménage ordinaire.

Sources : Étude individuelle nationale des consommations alimentaires 2006-2007.

définition

Carence en fer et anémie¹

La déplétion en fer se fait d'abord aux dépens des réserves : elle se manifeste par une baisse progressive du taux de ferritine plasmatique, anomalie la plus précoce d'une carence en fer débutante. Puis, par réaction à l'épuisement des réserves, le taux plasmatique de transferrine augmente. Puis le fer sérique chute. Le déficit en fer induit enfin une diminution de la synthèse de l'hémoglobine et une anémie.

Les principales sources alimentaires en fer sont la viande, le jaune d'œuf, le poisson, les légumes

verts et les fruits secs. Les besoins journaliers sont majorés en cas de grossesse et d'allaitement.

Au niveau de la population, les apports alimentaires moyens sont usuellement comparés aux apports nutritionnels conseillés (ANC), en particulier, aux deux tiers des ANC, considérés comme équivalents au besoin nutritionnel moyen.

Les principales causes de l'anémie ferriprive sont des saignements chroniques importants, notamment au cours des menstruations, conjugués à des apports en fer insuffisants.

1. Lefrère F., 2005, *Hématologie et transfusion*, Estem, 218 p.

CHAMP • France métropolitaine (hors Corse), population féminine âgée de 18 à 74 ans résidant en ménage ordinaire contactée aléatoirement d'après des listes téléphoniques fixes et de portables.

SOURCES • Étude nationale nutrition santé 2006-2007.

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • Numérateur : nombre de femmes non ménopausées présentant simultanément une anémie (hémoglobémie < 12 g/dl) et une déplétion totale des réserves en fer (ferritinémie < 15 µg/l). Dénominateur : nombre de femmes non ménopausées ayant bénéficié d'un dosage de l'hémoglobémie et de la ferritine sérique. Données pondérées et redressées.

LIMITES ET BIAIS • Les DOM et TOM ne sont pas représentés ; la population d'étude est la population résidant en domicile ordinaire excluant de ce fait les populations en institutions.

RÉFÉRENCES

– Unité de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle (USEN), 2007, « Étude nationale nutrition santé (ENNS, 2006). Situation nutritionnelle en France en 2006 selon les indicateurs d'objectifs et les repères du Programme national nutrition santé (PNNS) », rapport Institut de veille sanitaire, université de Paris 13, Conservatoire national des arts et métiers, décembre.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION

DE L'INDICATEUR • Unité de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle (InVS – Paris 13 – CNAM).

CHAMP • France métropolitaine (hors Corse), population féminine de 18 à 79 ans résidant en ménage ordinaire contactée aléatoirement sur la base du recensement INSEE 1999 et les bases de logements neufs construits jusqu'en 2004.

SOURCES • Étude individuelle nationale des consommations alimentaires (InCa 2), 2006-2007.

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • Recueil des consommations des individus de l'échantillon par un carnet alimentaire de sept jours (identification des aliments et quantification à l'aide d'un cahier photo). Apports en fer obtenus en croisant les données de consommation avec la composition en fer des tables de composition du Centre d'information sur la qualité des aliments (CIQUAL-AFSSA). Exclusion des sujets sous-évaluant leurs apports énergétiques par rapport à leurs besoins estimés. Données pondérées et redressées.

LIMITES ET BIAIS • Les apports via les compléments alimentaires n'ont pas été pris en compte ; limites des données déclaratives ; les DOM et TOM ne sont pas représentés ; la population d'étude est la population résidant en domicile ordinaire excluant de ce fait les populations en institutions ; la biodisponibilité du fer dans les aliments n'est pas prise en compte.

RÉFÉRENCES

– www.afssa.fr.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION

DE L'INDICATEUR • Observatoire des consommations alimentaires – Épidémiologie nutritionnelle (AFSSA).

Risques de déficit en folates

Un niveau maternel bas en vitamine B9 (folates) avant et au début de la grossesse est, chez le nouveau-né, un facteur de risque d'anomalies neurologiques, dont l'anomalie de fermeture du tube neural (AFTN). L'amélioration du « statut en folates des femmes en âge de procréer, notamment en cas de désir de grossesse » fait partie des neuf objectifs spécifiques du Programme national nutrition santé (PNNS) repris dans la loi de santé publique avec l'objectif : « Folates dans l'alimentation : diminuer l'incidence des AFTN ».

Il n'existe pas de données d'incidence des AFTN au niveau national. Cependant, les données des quatre registres de malformations congénitales conduisent entre 2002 et 2006 à une estimation nationale de l'ordre de 10,2 AFTN pour 10 000 naissances ou interruptions médicales de grossesse (moyenne européenne : 8,4 pour 10 000 naissances). En France, l'amélioration du statut en folates repose sur des conseils alimentaires et la supplémentation individuelle systématique en folates des femmes ayant un projet de grossesse (400 g/j). Au-delà de la prévention des AFTN, d'autres effets protecteurs sont évoqués sur certaines pathologies cardiovasculaires (pathologie coronarienne et AVC), la préservation des fonctions cognitives et la maladie d'Alzheimer, ainsi que sur certains cancers (colorectal et sein). Le risque de déficit en folates peut être décrit d'après des marqueurs biologiques¹ ou d'après les apports alimentaires comparés aux apports nutritionnels conseillés (ANC) (300 g/jour chez les femmes et 400 g/jour en cas de grossesse).

■ 8% DES FEMMES ENTRE 18 ET 39 ANS ET 6,8% DES FEMMES NON MÉNOPAUSÉES ONT UN RISQUE DE DÉFICIT EN FOLATES

Dans l'étude nationale nutrition santé (ENNS), la prévalence du risque de déficit en folates est estimée en 2006-2007 à 6,8 % chez les femmes non ménopausées de 18 ans et plus (8,0 % chez celles de 18 à 39 ans – tableau 1). Les 19 femmes enceintes au moment de l'étude ont toutes un statut en folates qui se situe au-dessus du seuil de risque. Pour l'ensemble des adultes de 18 à 74 ans, le risque de déficit en folates est de 5,7 %, les hommes ayant globalement un statut moyen moins favorable que celui des femmes. Si les différences de prévalences de risque de déficit entre sexe et âge ne sont pas statistiquement significatives, les taux moyens de folates plasmatiques sont significativement supérieurs dans les groupes d'âges élevés. Après ajustement sur les facteurs sociodémographiques, une moindre consommation de fruits et légumes est associée au risque de déficit en folates plasmatiques. Chez les femmes non ménopausées, le risque de déficit est de 13,3% chez celles qui consomment moins de 280 g/jour de fruits et légumes par rapport à 2,7% chez celles qui en consomment plus de 400 g par jour (3,3% pour une consommation entre 280 et 400 g/jour).

Le risque de déficit en folates varie beaucoup selon les contextes. À titre d'exemple, le risque

de déficit en folates plasmatiques (< 3 ng/mL) est passé aux États-Unis de 20,6 % chez les femmes de 15 à 45 ans en 1988-1992 à moins de 1 % à partir du début des années 2000, après la mise en place du programme de fortification des aliments céréaliers. Une étude réalisée en Andalousie fait état d'un taux de risque de déficience de 12,8 % en 2001 chez les adultes de 25 à 60 ans, avec des valeurs moyennes plus élevées chez les femmes (7,32 ng/mL) que chez les hommes (6,48 ng/mL).

■ 29% DES FEMMES ONT DES APPORTS ALIMENTAIRES JOURNALIERS INSUFFISANTS

D'après les données alimentaires de l'étude individuelle nationale des consommations alimentaires 2 (InCa 2) en 2006-2007, la moyenne des apports en folates est de 262 g/jour chez les femmes non ménopausées de 18 ans ou plus, avec une différence significative entre celles de 18 à 39 ans (250 g/jour) et celles de 40 ans ou plus (286 g/jour). Près des trois quarts des femmes

en âge de procréer ont des apports alimentaires en folates inférieurs à 100% des apports nutritionnels conseillés (ANC). Elles sont 29% à avoir des apports inférieurs aux deux tiers des ANC (34 % chez celles de 18 à 39 ans) et 8 % avec des apports inférieurs à la moitié des ANC (10 % chez celles de 18 à 39 ans). Les niveaux d'apports varient selon la PCS (avec les apports les plus élevés chez les femmes cadres ou de profession intermédiaire) et le niveau scolaire chez les femmes non ménopausées (graphique 1).

■ LA SUPPLÉMENTATION EN FOLATES DES FEMMES AUTOUR DE LA PÉRIODE DE CONCEPTION RESTE INSUFFISANTE

Une forme galénique d'acide folique adaptée à la supplémentation des femmes ayant un désir de grossesse a été mise sur le marché au cours de l'année 2003, avec un dosage de 400 g/comprimé. Le nombre d'unités remboursées (boîte de 28 ou 30 comprimés soit environ un mois de supplémentation) est ainsi passé de 28 500 à plus de 440 000 entre 2003 et 2006 (graphique 2). Rapporté à près de 800 000 naissances en 2006 et sachant que la supplémentation doit être entamée au moins huit semaines avant le début de la grossesse et poursuivie un mois après la conception, la supplémentation aurait donc concerné au mieux une grossesse sur quatre (très probablement beaucoup moins compte tenu du délai préconceptionnel). Toutefois dans l'ENNS, les 19 femmes enceintes au moment de l'étude se situaient toutes au-dessus du seuil de risque de déficit en folates. ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA FICHE • USEN (InVS – PARIS 13 – CNAM)

1. Dosage des folates érythrocytaires (méthode de référence) ou taux de folates plasmatiques < 3 ng/mL.

synthèse

La prévalence du risque de déficit en folates plasmatiques est de 6,8% chez les femmes non ménopausées. Ce risque est associé à une consommation insuffisante de fruits et légumes. Cette prévalence, relativement élevée, porte sur l'ensemble des femmes non ménopausées et ne tient pas compte d'un éventuel désir de grossesse. Toutefois, les données du régime général de l'assurance maladie montrent que le nombre d'unités remboursées par an de suppléments en acide folique dédiés aux femmes ayant un désir de grossesse reste insuffisant, malgré une forte augmentation régulière

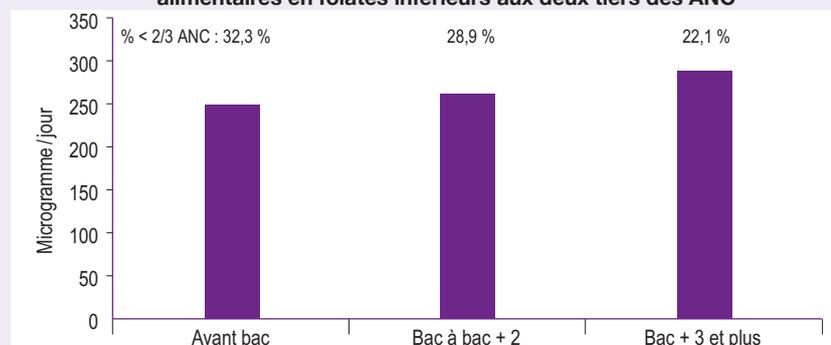
Tableau 1 • Prévalence du risque de déficit en folates plasmatiques, taux de folates plasmatiques moyens et médians chez les femmes selon la classe d'âge et le statut ménopausique, et chez les hommes selon la classe d'âge

	Risque de déficit	Taux de folates plasmatiques	
	% < 3ng/mL	Moyenne	Médiane
Femmes	5,1	7,3	6,6
18-39 ans	8,0	6,4	5,4
40 ans ou plus non ménopausées	5,4	6,8	6,0
Ménopausées	2,1	8,4	7,9
Hommes	6,2	6,3	5,9
18-39 ans	9,6	5,7	5,6
40-54 ans	6,2	6,2	5,7
55-74 ans	1,9	7,1	6,8
Ensemble	5,7	6,8	6,1

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

Sources : Étude nationale nutrition santé 2006-2007.

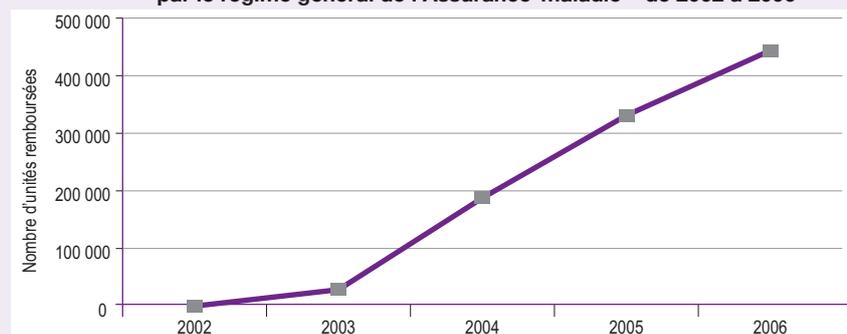
Graphique 1 • Moyenne d'apports alimentaires en folates et pourcentages de femmes non ménopausées de 18 ans et plus, ayant des apports alimentaires en folates inférieurs aux deux tiers des ANC



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

Sources : Étude individuelle nationale des consommations alimentaires 2, 2006-2007.

Graphique 2 • Évolution du nombre de prescriptions d'acide folique* remboursées par le régime général de l'Assurance maladie de 2002 à 2006**



* Boîtes de 28 à 30 comprimés de 400 mg.

** Hors sections locales mutualistes.

Champ : France entière, population affiliée au régime général de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS).

Sources : Base MEDICAM, 2007.

Statut et apport en folates*

En Europe, en moyenne 4 500 grossesses par an se terminent par la naissance (naissances vivantes ou non, interruptions médicales de grossesse comprises) d'un fœtus atteint d'une anomalie du tube neural, le plus souvent une anencéphalie ou un spina bifida. La supplémentation en acide folique au cours de la période autour de la conception pourrait éviter environ deux tiers des cas. L'amélioration du statut en folates peut se faire de trois façons différentes : en augmentant la consommation individuelle d'aliments riches en folates ; par supplémentation en acide folique ; en enrichissant les aliments destinés à la consommation, en acide folique (pain, céréales...). Les aliments les plus intéressants, en raison à la fois de leur teneur en

acide folique et de la fréquence de leur consommation sont entre autres, les légumes à feuille (laitue, endives, choux, poireau, artichauts), haricots verts, petits pois, radis, asperges, betteraves, courgettes, avocat, lentilles... Il s'avère cependant que le seuil de 0,4 mg/jour, recommandé pour les femmes ayant un désir de grossesse, est difficile à atteindre par la seule alimentation. Le principal levier d'action pour améliorer le statut en folates des femmes en âge de procréer reste la supplémentation en acide folique au cours de la période autour de la conception.

* EUROCAT, 2005, « Prevention of Neural Tube Defects by Periconceptional Folic Acid Supplementation in Europe », Report, 50 p., décembre. www.eurocat.ulster.ac.uk/pdf/NTD%20Part%20I%20December%202005.pdf

CHAMP • France métropolitaine (hors Corse), population féminine, âgée de 18 à 74 ans résidant en ménage ordinaire, contactée aléatoirement d'après des listes téléphoniques fixes et de portables.

SOURCES • Étude nationale nutrition santé, 2006-2007.

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • Rapport entre le nombre de femmes non ménopausées présentant un taux de folates plasmatiques < 3ng/mL et le nombre de femmes non ménopausées. Données pondérées et redressées.

LIMITES ET BIAIS • Les DOM ne sont pas représentés ; la population d'étude est la population résidant en domicile ordinaire excluant de ce fait les populations en institutions ; la méthode de référence pour l'évaluation du statut en folates est la mesure des folates erythrocytaires marqueurs des réserves à moyen terme ; les folates plasmatiques permettent une estimation du « risque » de déficit uniquement.

RÉFÉRENCES

– Unité de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle (USEN), 2007, « Étude nationale nutrition santé (ENNS, 2006). Situation nutritionnelle en France en 2006 selon les indicateurs d'objectifs et les repères du Programme national nutrition santé (PNNS) », rapport Institut de veille sanitaire, université de Paris 13, Conservatoire national des arts et métiers, décembre.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION

DE L'INDICATEUR • Unité de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle (InVS – Paris 13 – CNAM).

CHAMP • France métropolitaine (hors Corse), population féminine de 18 à 79 ans résidant en ménage ordinaire, contactée aléatoirement sur la base du recensement INSEE 1999 et les bases de logements neufs construits jusqu'en 2004.

SOURCES • Étude individuelle nationale des consommations alimentaires (InCa 2), 2006-2007.

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • Recueil des consommations des individus de l'échantillon par un carnet alimentaire de sept jours (identification des aliments et quantification à l'aide d'un cahier photo). Apports en folates obtenus en croisant les données de consommation avec la composition en folates des tables de composition du Centre d'information sur la qualité des aliments (CIQUAL-AFSSA). Exclusion des sujets sous-évaluant leurs apports énergétiques par rapport à leurs besoins estimés. Données pondérées et redressées.

LIMITES ET BIAIS • Les apports via les compléments alimentaires n'ont pas été pris en compte ; limites des données déclaratives ; les DOM ne sont pas représentés ; la population d'étude est la population résidant en domicile ordinaire excluant de ce fait les populations en institutions.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION

DE L'INDICATEUR • Observatoire des consommations alimentaires – Épidémiologie nutritionnelle (AFSSA).

CHAMP • France entière, population affiliée au régime général de l'Assurance maladie (CNAMTS) excluant les sections locales mutualistes, soit environ 70 % de la population vivant en France.

SOURCES • Base MEDICAM 2007.

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • Nombre d'unités prescrites et remboursées par l'Assurance maladie d'acide folique (400 g/comprimé) par an.

LIMITES ET BIAIS • Cette base ne concerne que les unités remboursées pour les personnes affiliées au régime général de l'Assurance maladie. Elle permet une estimation des remboursements mais non de la consommation effective.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION

DE L'INDICATEUR • Unité de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle (InVS – Paris 13 – CNAM).

Infections sexuellement transmissibles

La réduction de l'incidence des infections sexuellement transmissibles¹ (IST) est un objectif de la loi de santé publique de 2004 et du programme national de lutte contre le VIH/sida et les IST (2005-2008). Les indicateurs utilisés pour le suivi de l'évolution de ces infections sont variables selon l'incidence des IST et les systèmes de surveillance. Les indicateurs pour les chlamydioses présentent le nombre annuel par laboratoire de diagnostics microbiologiques d'infection à *Chlamydia trachomatis* au sein du réseau de laboratoires volontaires de Renachla. Pour les gonococcies, les indicateurs fournissent le nombre moyen de gonocoques isolés par an et par laboratoire actif (Ng/lab) au sein du réseau de laboratoires volontaires de Renago et pour la syphilis, le nombre de personnes ayant un diagnostic de syphilis récente (syphilis primaire, secondaire ou latente précoce) dans les centres volontaires. Le nombre annuel de boîtes d'Extencilline® (2,4 MU) vendues est un indicateur complémentaire de l'évolution du nombre de cas de la syphilis.

Concernant les infections à Herpes simplex virus de type 2 (HSV 2), une étude de séroprévalence est en cours. Les résultats à venir permettront d'estimer la prévalence de l'infection et ses spécificités épidémiologiques.

■ CHLAMYDIOSES : 133 000 FEMMES ENTRE 18 ET 29 ANS SERAIENT PORTEUSES ASYMPTOMATIQUES

L'infection à *Chlamydia trachomatis* (CT) est l'IST bactérienne la plus fréquente chez les femmes, asymptomatique dans la très grande majorité des cas. Elle est un facteur de risque connu de grossesse extra-utérine (avec le tabac) et de stérilité tubaire.

Depuis 1997, le nombre de personnes testées est en augmentation aussi bien pour les femmes que pour les hommes (graphique 1). Le nombre de diagnostics positifs de chlamydioses urogénitales a doublé entre 2000 et 2006. Entre 2003 et 2006, alors que l'augmentation du nombre de femmes testées (+12%) est inférieure à celle du nombre d'hommes testés (+33%), l'augmentation du nombre de cas positifs est plus élevée chez la femme (66% et 55% chez l'homme), soit une augmentation du taux de positivité chez la femme de 31%. Le taux de positivité des femmes, qui a dépassé 4% en 2006, est du même ordre de grandeur que celui des hommes (4,5%), contrairement aux années précédentes où il était constamment inférieur.

Depuis 2004, la proportion de diagnostics parmi les formes asymptomatiques augmente chaque année aussi bien pour les femmes (+60%) que pour les hommes (+46%). Parmi les diagnostics d'infection à CT, les formes asymptomatiques sont majoritaires en 2006 dans les CIDDIST² et les centres de planning familial (CPEF) dont le laboratoire est affilié à Renachla³, ce qui témoigne de la progression

du dépistage dans ces structures, conformément aux propositions de l'ANAES (2003)⁴. Cependant, le dépistage des formes asymptomatiques reste insuffisant. L'enquête Na tChla réalisée en 2005 sur un échantillon de la population générale dans le cadre de l'enquête CSF⁵ a montré que la prévalence de l'infection à CT était maximale chez les jeunes de 18 à 29 ans (2,6%) contre 0,5% chez les 30-44 ans et a permis d'estimer à 144 000, le nombre de femmes de 18-29 ans porteuses asymptomatiques de CT.

L'augmentation annuelle du taux de positivité chez la femme comparativement à la stabilité observée chez les hommes, pourrait davantage être le reflet d'un meilleur dépistage des populations à risque plutôt que d'une réelle augmentation de l'incidence. Ce constat est également observé dans d'autres pays en Europe ainsi qu'en Amérique du Nord.

■ LES GONOCOCCIES : LE NOMBRE DE FEMMES INFECTÉES EST EN RECRUESCENCE

Le nombre moyen de gonocoques isolés par laboratoire actif augmente régulièrement chaque année (3,75 Ng/lab en 2006 contre 2,5 Ng/lab en 2005) (graphique 2). Cette progression varie selon le sexe et les régions avec un nombre de gonocoques isolés chez les femmes toujours beaucoup plus faible que chez l'homme. Entre 2005 et 2006, cette tendance observée est plus marquée chez les femmes (26%) que chez les hommes (24%). Chez les femmes, elle est liée à l'augmentation du nombre des isole-

ments dans les régions hors Île-de-France (35,7% et 49% chez les hommes) alors que, en Île-de-France, elle ne concerne que les hommes (+15,3% et -8,6% chez les femmes). Les femmes infectées sont toujours plus jeunes que les hommes: 58,8% ont entre 16 et 25 ans alors que 42,7% des hommes infectés ont entre 21 et 30 ans. La présence de signes cliniques motive la consultation pour 35% de femmes et 74% d'hommes. Depuis la fin des années 1990, on observe une augmentation annuelle de la proportion de souches résistantes à la ciprofloxacine (3% en 1998 et 43% en 2006) comme dans d'autres pays européens, notamment au Royaume-Uni (14,1% en 2004 et 21,7% en 2005) et aux Pays-Bas (14,9% en 2004 et 26% en 2005). La fréquence des souches résistantes est moins élevée chez les femmes (29,8%) que chez les hommes (46,5%).

1. Gonococcies et syphilis dans les populations à risque, chlamydioses et infections à HSV2.

2. CIDDIST : centre d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles

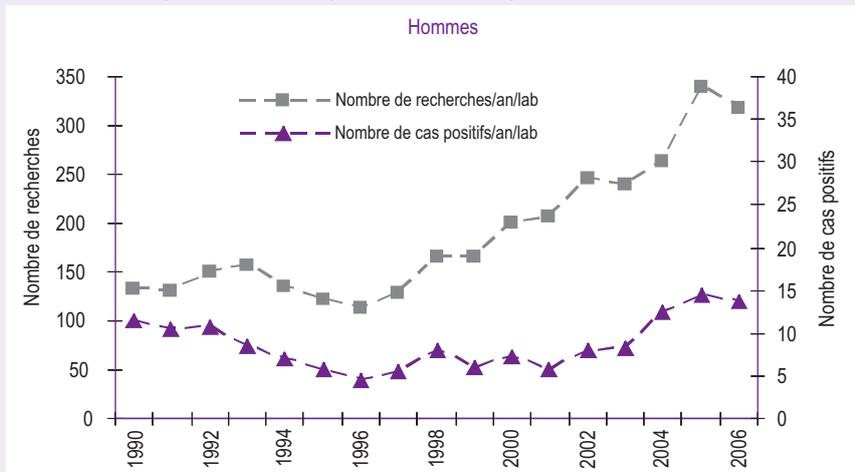
3. Renachla est un réseau national de laboratoires d'analyses de biologie médicale mis en place en 1989 pour la surveillance épidémiologique des chlamydioses génitales en France.

4. www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Chlamydia_tome2_rap.pdf

5. www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Chlamydia_tome2_synth.pdf

5. Enquête Contexte de la sexualité en France (CSF), www.enquetecsf.net.

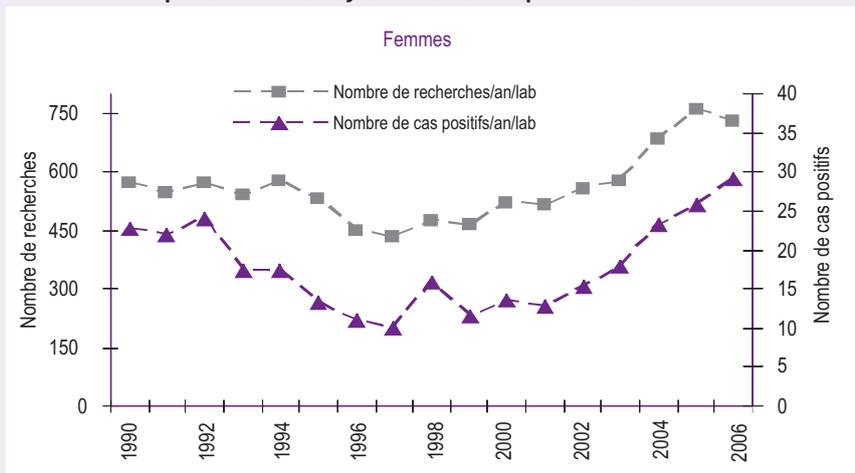
Graphique 1a • Évolution du nombre annuel moyen d'hommes testés et d'hommes positifs à *Chlamydia trachomatis* par laboratoire



Champ : France métropolitaine.

Sources : Rénachla, 1990-2006, réseau de biologistes volontaires.

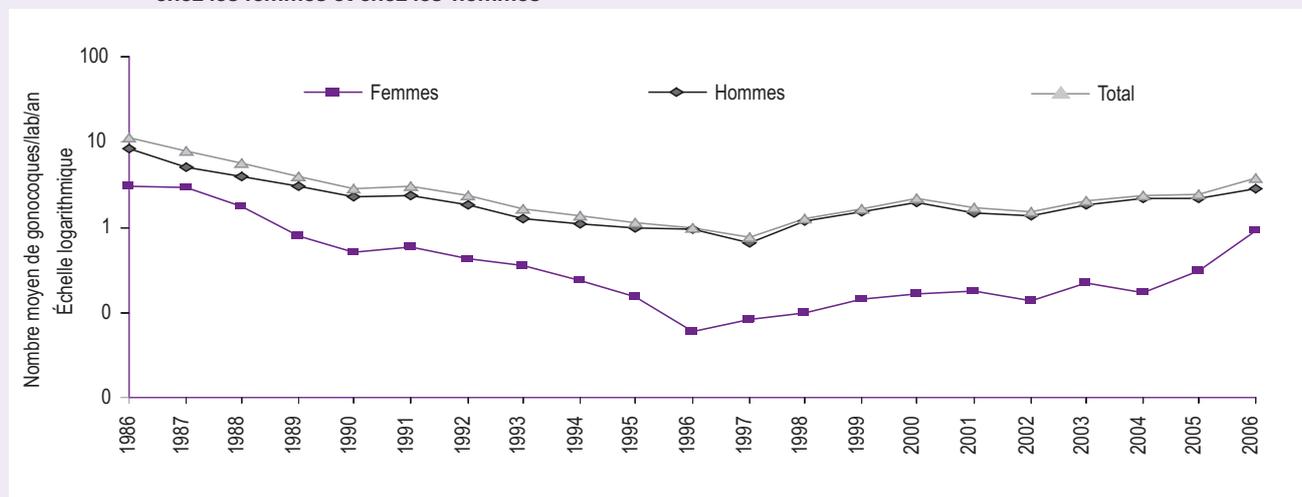
Graphique 1b • Évolution du nombre annuel moyen de femmes testées et de femmes positives à *Chlamydia trachomatis* par laboratoire



Champ : France métropolitaine.

Sources : Rénachla, 1990-2006, réseau de biologistes volontaires.

Graphique 2 • Évolution du nombre moyen de gonocoques isolés par laboratoire actif par an pour l'ensemble des patients, chez les femmes et chez les hommes*



* Réseau de surveillance « Renago ».

Champ : France métropolitaine.

Sources : Renago, 1986-2006 : réseau de laboratoires volontaires.

CHAMP • France métropolitaine.

SOURCES • Réseaux de surveillance sentinelles continus reposant sur la participation volontaire de laboratoires pour les infections à gonocoques [Renago, 1986] et à *Chlamydia trachomatis* [Rénachla, 1990]. Un réseau de surveillance clinique des IST (syphilis, gonocoques et lymphogranulomatose vénérienne – LGV) reposant sur la participation volontaire de cliniciens exerçant dans les centres d'information, de dépistage et de diagnostic des IST, des consultations de médecine infectieuse, des cabinets libéraux spécialisés dans la prise en charge des patients séropositifs pour le VIH.

MODE DE CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • Renago (le nombre moyen de gonocoques isolés par an et par laboratoire participant au moins six mois par an) ; nombre annuel de cas positifs par laboratoire Rénachla (le taux de positivité est le nombre de cas diagnostiqués rapporté au nombre de personnes testées pour *Chlamydia trachomatis*). Le réseau de surveillance clinique des IST permet le suivi de l'évolution du nombre de cas.

LIMITES ET BIAIS • Défaut de couverture du réseau de surveillance clinique des IST et absence de dénominateur pour construire un indicateur fiable de suivi des tendances ; la non participation des médecins généralistes et des gynécologues dans la surveillance des IST est à l'origine d'une insuffisance de données dans la population de personnes hétérosexuelles. Ces dernières sont mieux représentées à travers les réseaux de laboratoires Renago et Rénachla pour les gonocoques et les chlamydioses ; les DOM ne sont pas représentés.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • InVS.

Infections sexuellement transmissibles (suite)

L'accroissement des infections gonococciques pourrait être en partie liée à l'importante progression des résistances à la ciprofloxacine à l'origine d'échecs thérapeutiques en traitement probabiliste. La France se situe parmi les pays où la proportion de résistance des gonocoques à la ciprofloxacine est la plus élevée. Cette résistance persistante est inquiétante et suggère que les recommandations émises par l'Afssaps en 2005 concernant le traitement probabiliste des urétrites et cervicites non compliquées ne sont pas appliquées.

■ LE RISQUE DE SYPHILIS CHEZ LA FEMME N'EST-IL PAS SOUS-ESTIMÉ ?

Depuis 2000 la recrudescence de la syphilis (très contagieuse) a atteint principalement les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes (83 %), souvent séropositifs pour le VIH (51 %), en Île-de-France (54 %). Malgré les campagnes de prévention et d'incitation au dépistage, la syphilis ne marque pas de recul (graphique 3). Au total, 2 306 cas de syphilis précoce ont été notifiés entre 2000 et 2006. Les femmes représentent 5 % (n = 117) des cas de syphilis et les hommes hétérosexuels 12 %. Cependant, le nombre de femmes atteintes de syphilis n'a cessé d'augmenter chaque année (graphique 4). Les femmes sont

majoritairement (63 %) notifiées dans les régions hors Île-de-France. Elles sont plus jeunes (31 ans) que les hommes (38 ans pour les hommes hétérosexuels et 36 ans pour les hommes homo ou bisexuels) et moins souvent séropositives pour le VIH (6 % contre 15 % pour les hommes hétérosexuels). Les formes asymptomatiques de syphilis sont plus fréquentes chez les femmes (62 %) et les consultations plus souvent motivées par des signes cliniques non spécifiques ou la notion d'un partenaire avec une IST. Les femmes ont un nombre médian de partenaires (n = 1) dans les 12 mois précédant l'infection inférieur à celui des hommes hétérosexuels (n = 2) et des hommes homo ou bisexuels (n = 10).

L'augmentation annuelle régulière du nombre de femmes atteintes de syphilis pourrait indiquer une transmission de l'infection chez les hétérosexuels. Le petit nombre de femmes déclarées pourrait résulter d'une fréquentation des lieux de prise en charge des IST qui ne participent pas à la surveillance comme les consultations de gynécologie. Dans ce contexte, les risques d'accélération de la transmission du VIH chez les hétérosexuels et de réémergence de la syphilis congénitale existent. ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA FICHE • INVS

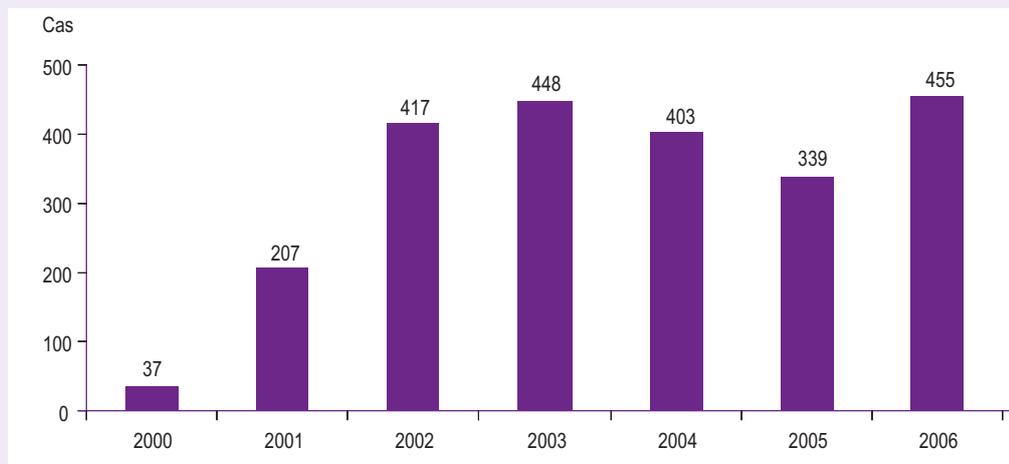
synthèse

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 la femme et l'homme.

Bien que les hommes soient majoritairement concernés, notamment par la syphilis (83 % d'homosexuels et de bisexuels et 12 % d'hommes hétérosexuels) et les gonocoques (84 % d'hommes), le nombre de femmes concernées augmente suggérant une transmission de ces infections vers la population hétérosexuelle. Dans ce contexte, le risque d'accélération de la transmission du VIH chez les hétérosexuels et de réémergence de la syphilis congénitale existe. Le nombre de diagnostics d'infection à Chlamydia trachomatis a doublé entre 2000 et 2006, ce qui est en faveur d'une augmentation de l'incidence de cette infection dans la population. La progression du nombre de tests et de la proportion de personnes asymptomatiques parmi les cas diagnostiqués témoignent d'une amélioration sensible du dépistage qui reste cependant insuffisante puisque selon l'enquête Contexte de la sexualité en France (CSF), 133 000 femmes de 18 à 29 ans seraient porteuses asymptomatiques en 2005.

Plus généralement, l'augmentation des IST indique un relâchement des comportements sexuels de prévention.

Graphique 3 • Nombre de cas de syphilis précoce par an*

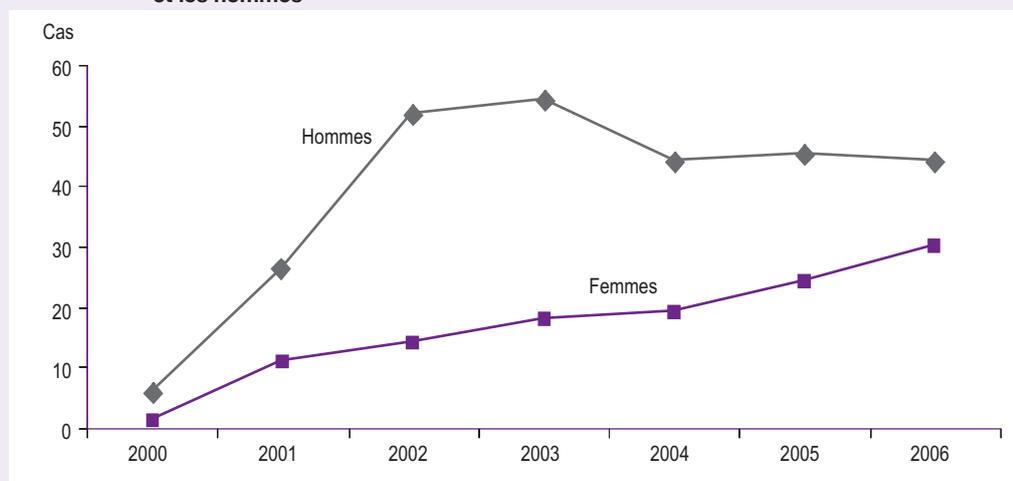


* Réseau de surveillance de la syphilis.

Champ : France métropolitaine.

Sources : Réseau de cliniciens volontaires 2000-2006 (système de surveillance sentinelle).

Graphique 4 • Nombre de cas de syphilis précoce chez les hétérosexuels par an, pour les femmes et les hommes*



* Réseau de surveillance de la syphilis.

Champ : France métropolitaine.

Sources : Réseau de cliniciens volontaires 2000-2006 (système de surveillance sentinelle).

Grossesses extra-utérines

L'objectif proposé par la loi de santé publique est de diminuer le taux des complications des grossesses extra-utérines (GEU) responsables d'infertilité. Il n'est pas actuellement démontré que le type de traitement des grossesses extra-utérines modifie la fertilité ultérieure. Il est en effet possible que ce soit les mêmes causes qui induisent les GEU et les troubles de la fertilité. On distingue en effet deux sortes de GEU : les premières surviennent en cours de contraception (échec de contraception) et ne sont généralement pas accompagnées de troubles de la fertilité ; les autres se produisent en dehors de toute contraception (échec d'un projet reproductif).

Ces dernières sont favorisées par des facteurs tels que le tabagisme ou les infections génitales à *Chlamydia* et correspondent souvent à une fertilité ultérieure dégradée. Les données recueillies par le registre d'Auvergne montrent une stabilité globale des GEU entre 1992 et 2002. Cette stabilité présente toutefois des évolutions différentielles entre les GEU sous contraception qui ont diminué pendant la période et les GEU correspondant à des « échecs reproductifs » qui ont augmenté de 17 % entre 1997 et 2002. Cette augmentation pourrait être liée à une progression des infections à *Chlamydia trachomatis* et au tabagisme.

■ BAISSÉ RÉGULIÈRE DU TAUX D'INCIDENCE DES GEU DEPUIS LA FIN DES ANNÉES 1990

En 2006, les services de soins de courte durée MCO ont enregistré près de 13 000 séjours motivés par une grossesse extra-utérine. Ce nombre de séjours a décliné entre 1997 et 2006 ainsi que le ratio pour 100 naissances vivantes. Celui-ci est passé de près de 2 en 1997 à un peu plus de 1,5 en 2006. Dans le même temps, les modes de traitement se sont modifiés. L'intervention est réalisée sous coelioscopie dans un peu moins des deux tiers des cas, mais la part des interventions de chirurgie ouverte a sensiblement diminué, tandis que celle par traitement médicamenteux s'est fortement accrue (tableau 1). Cependant, la baisse du nombre de séjours pour GEU pourrait en partie résulter d'une augmentation du nombre de GEU traitées par voie médicamenteuse sans hospitalisation qui ne sont pas comptabilisées dans le PMSI.

■ UN TAUX D'INCIDENCE DES GEU PLUS ÉLEVÉ CHEZ LES FEMMES DE MOINS DE 20 ANS ET CHEZ CELLES DE PLUS DE 34 ANS

Le ratio pour 100 naissances vivantes est beaucoup plus élevé aux âges extrêmes. En 2006, il était d'environ 2 pour les femmes âgées de moins de 20 ans ou de 35 à 39 ans et d'environ 2,5 pour celles âgées de 40 ans ou

plus (tableau 2). Il variait également selon les régions, passant de 1,31 dans le Nord-Pas de Calais à 2,60 en Corse. Ces variations régionales ne semblaient pas s'expliquer par l'effet lié aux structures d'âge (tableau 3). Ainsi, les régions dans lesquelles le ratio était le plus élevé (Corse, Guadeloupe et Martinique) enregistraient des proportions élevées de naissances chez des femmes d'âges extrêmes, mais aussi des ratios de GEU pour 100 naissances vivantes supérieurs aux moyennes nationales dans pratiquement toutes les classes d'âge. L'inverse était observé dans les régions qui connaissaient les ratios les plus faibles (Nord-Pas de Calais et Rhône-Alpes).

Le mode de traitement diffère en fonction de l'âge : ainsi le traitement médicamenteux apparaît plus souvent employé chez les moins de 30 ans, tandis que le recours à la chirurgie ouverte semble plus fréquent chez les femmes âgées de 35 ans ou plus. Il varie fortement selon la région de résidence des femmes.

Il est toutefois difficile, avec les données disponibles dans le PMSI, de faire la part entre ce qui serait lié à un éventuel mode de traitement préférentiel en fonction de l'âge des femmes et ce qui relèverait de pratiques régionales, en particulier concernant le recours au traitement par voie médicamenteuse sans hospitalisation. ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA FICHE • DREES

synthèse

En 2006, les grossesses extra-utérines ont été à l'origine de près de 13 000 séjours hospitaliers en MCO. Le ratio pour 100 naissances vivantes était globalement de 1,56. Il était légèrement supérieur à 2 chez les moins de 20 ans, proche de 2 chez les femmes de 35 à 39 ans et de 2,5 à partir de 40 ans. Les régions Corse, Guadeloupe et Martinique ont enregistré des ratios supérieurs à 2. La GEU est traitée par une intervention réalisée sous coelioscopie dans un peu moins des deux tiers des cas, mais entre 1997 et 2006, la part des interventions de chirurgie ouverte a sensiblement diminué, tandis que celle par traitement médicamenteux s'est fortement accrue.

Tableau 1 • Hospitalisations annuelles en soins de courte durée MCO pour grossesse extra-utérine

Année	Nombre de séjours MCO	Ratio pour 100 naissances vivantes	Répartition selon le mode de prise en charge (en %)		
			Laparotomie	Cœlioscopie	Médicaments
1997	14 700	1,94	21,7	67,4	10,9
1998	14 500	1,89	19,5	67,9	12,6
1999	14 230	1,83	18,7	66,9	14,4
2000	13 930	1,72	16,0	68,1	15,9
2001	13 280	1,65	14,3	67,8	17,9
2002	13 130	1,65	14,0	66,3	19,7
2003	12 670	1,60	13,5	65,6	20,9
2004	13 000	1,63	11,9	64,2	23,9
2005	12 970	1,61	10,5	64,2	25,3
2006	12 930	1,56	10,0	63,4	26,6

Champ : France entière.

Sources : Bases nationales PMSI-MCO et état civil.

Tableau 2 • Hospitalisations en 2006 en soins de courte durée MCO pour grossesse extra-utérine selon l'âge de la femme

Classe d'âge	Nombre de séjours MCO	Ratio pour 100 naissances vivantes	Répartition selon le mode de prise en charge (en %)		
			Laparotomie	Cœlioscopie	Médicaments
Moins de 20 ans	400	2,26	7,6	60,6	31,8
20 à 24 ans	1 690	1,47	7,9	60,6	31,5
25 à 29 ans	3 460	1,33	9,6	63,0	27,4
30 à 34 ans	3 930	1,47	10,1	64,8	25,1
35 à 39 ans	2 640	1,95	11,1	65,2	23,7
40 ans ou plus	810	2,45	13,7	60,1	26,2
Total	12 930	1,56	10,0	63,4	26,6

Champ : France entière.

Sources : Bases nationales PMSI-MCO et état civil.

Tableau 3 • Hospitalisations en 2006 en soins de courte durée MCO pour grossesse extra-utérine selon la région de résidence de la femme

Région de résidence	Nombre de séjours MCO	Ratio pour 100 naissances vivantes	Proportion de femmes d'âges extrêmes* (en %)		Répartition selon le mode de prise en charge (en %)		
			GEU	Naissances vivantes	Laparotomie	Cœlioscopie	Médicaments
Île-de-France	2 900	1,59	30,9	25,7	8,5	63,4	28,1
Champagne-Ardenne	270	1,64	27,1	20,1	15,8	53,4	30,8
Picardie	360	1,43	31,0	19,8	13,0	56,9	30,1
Haute-Normandie	380	1,64	30,3	18,9	11,7	67,4	20,9
Centre	490	1,60	29,8	20,6	11,5	60,7	27,8
Basse-Normandie	280	1,61	26,7	19,6	6,8	53,1	40,1
Bourgogne	290	1,63	33,1	20,6	11,6	61,1	27,3
Nord-Pas de Calais	740	1,31	24,9	19,0	9,8	61,5	28,7
Lorraine	410	1,50	27,4	19,6	14,1	60,5	25,4
Alsace	330	1,43	31,4	20,6	8,3	48,9	42,8
Franche-Comté	270	1,77	29,2	19,2	10,2	63,7	26,1
Pays de la Loire	700	1,53	27,0	19,0	10,9	56,5	32,6
Bretagne	540	1,41	24,7	21,0	13,5	61,3	25,2
Poitou-Charentes	270	1,46	35,3	19,9	5,9	74,6	19,5
Aquitaine	500	1,47	33,1	22,8	5,8	81,4	12,8
Midi-Pyrénées	520	1,66	29,7	23,0	9,6	65,1	25,3
Limousin	120	1,64	24,8	21,0	6,0	70,9	23,1
Rhône-Alpes	1 130	1,40	29,9	21,8	10,0	67,6	22,4
Auvergne	260	1,80	27,0	20,7	6,6	70,3	23,1
Languedoc-Roussillon	490	1,64	26,6	23,5	7,6	73,2	19,2
PACA	980	1,70	31,0	24,1	8,6	66,8	24,6
Corse	70	2,60	27,4	24,4	23,3	60,3	16,4
Guadeloupe	180	2,50	38,9	32,3	13,9	50,0	36,1
Martinique	120	2,29	40,7	33,6	17,1	56,9	26,0
Guyane	110	1,72	24,1	31,7	41,7	37,9	20,4
La Réunion	220	1,53	36,9	28,9	5,9	60,8	33,3
France entière	12 930	1,56	29,8	22,4	10,0	63,4	26,6

* Femmes âgées de moins de 20 ans ou de 35 ans ou plus.

Champ : France entière. Sources : Bases nationales PMSI-MCO et état civil.

CHAMP • France entière.

SOURCES • Bases nationales PMSI-MCO (DHOS, ATIH, exploitation DREES) pour les séjours hospitaliers et état civil (INSEE) pour les naissances.

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • Ont été retenus, pour repérer les grossesses extra-utérines, les séjours comportant le code CIM 10 000 en diagnostic principal; les GEU ont été ventilées selon le mode de traitement (laparotomie, cœlioscopie ou médicaments) à partir des codes actes sur les trompes, les ovaires ou l'utérus mentionnés dans le séjour; en cas d'association de modes de traitement, c'est le plus « lourd » qui a été retenu (par exemple, laparotomie si le séjour mentionne un acte de chirurgie ouverte et un acte réalisé sous cœlioscopie); les séjours ne comportant aucun acte ont été regroupés avec ceux mentionnant un traitement médicamenteux.

LIMITES ET BIAIS • Les unités de compte sont des séjours et non des patientes; il s'agit de données redressées prenant en compte les défauts d'exhaustivité du PMSI liés à des non-réponses partielles ou totales d'établissements de santé; ce taux d'exhaustivité évalué en journées par comparaison avec la statistique annuelle des établissements (SAE) est en augmentation constante passant de 94 % en 1998 à près de 100 % en 2006.

RÉFÉRENCES •

– Coste J. *et al.*, 2004, « Etopic pregnancy is again on the increase. Trends in the incidence of ectopic pregnancies in France (1992-2002) », *Human reproduction*, 19 (9) : 2014-8.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • DREES.

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 simple traitement de stimulation hormonale tandis que l'autre moitié a suivi des procédures plus lourdes relevant des techniques d'assistance médicale à la procréation (AMP). Durant l'année 2006, plus de vingt mille enfants ont été conçus grâce à ces techniques d'AMP. Dans la majorité des cas (70 %), la technique mise en œuvre est celle de fécondation *in vitro* (FIV).

Avec l'apparition de l'ICSI en 1992 (technique spécifique de FIV où un spermatozoïde est injecté directement dans l'ovule), les hommes souffrant d'une infertilité masculine sévère peuvent désormais concevoir un enfant qui est génétiquement le leur.

Cette nouvelle technique passe néanmoins, comme les autres, par le traitement de la femme (même si celle-ci a une fertilité normale). Les inconvénients et les risques des traitements de l'infertilité sont donc aujourd'hui essentiellement supportés par les femmes.

Les pratiques d'AMP sont encadrées par la loi de bioéthique du 6 août 2004. Comme la loi précédente de 1994, le texte de 2004 prévoit son évaluation à un horizon de 5 ans. Cette révision est actuellement en préparation et devrait aboutir à des états généraux de la bioéthique courant 2009 et à un nouveau texte de loi en 2010.

■ POUR 38 % DES INFÉCONDITÉS LA CAUSE EST À LA FOIS FÉMININE ET MASCULINE

Après l'arrêt de la contraception, les couples conçoivent en moyenne au bout de 3 à 6 mois de tentative. Cependant, 15 à 20 % d'entre eux n'ont pas encore conçu au bout d'une année de tentative. Il peut alors être entrepris un bilan médical des deux partenaires qui permettra d'identifier la cause de l'infertilité dans 92 % des cas (tableau 1). Dans 38 % des cas l'infertilité est d'origine mixte, impliquant la femme et l'homme. Globalement, un problème masculin est diagnostiqué dans 58 % des cas et un problème féminin dans 72 % des cas.

■ UN RECOURS AUX TECHNIQUES DE FÉCONDATION *IN VITRO* EN CONSTANTE AUGMENTATION DEPUIS 30 ANS

Parmi les techniques d'AMP, la fécondation *in vitro* (FIV) joue un rôle spécifique du fait à la fois de sa lourdeur technique (manipulation des spermatozoïdes, de l'ovule et de l'embryon) et de sa très forte diffusion. Dans les années qui suivent la naissance du premier bébé-éprouvette français en 1982, la technique de FIV s'est largement diffusée : en 1986, plus de 11 000 ponctions ovocytaires étaient déjà pratiquées annuellement, dix ans plus tard, ce nombre a triplé (35 000), pour arriver en 2006 à plus de 51 000 ponctions annuelles.

En France, la proportion d'enfants conçus par FIV évolue selon une tendance quasiment linéaire depuis 1986 (graphique 1). Les FIV réalisées durant l'année 2006 ont été à l'origine de 1,7 % des naissances françaises. Si cette tendance se poursuit, plus de 2 % des enfants seront conçus par FIV en France à l'horizon de l'année 2010.

En 2004, le niveau de recours à la FIV en France était identique à celui observé en Allemagne ou au Royaume-Uni (tableau 2). D'autres pays européens affichent un recours plus important à la FIV comme la Belgique (2,4 % des naissances) mais surtout les pays nordiques (presque 3 % des naissances sont obtenues par FIV et même plus de 4 % au Danemark).

Au total, entre 1981 et 2008, 200 000 enfants ont été conçus en France grâce à une fécondation *in vitro*. Un tiers de ces enfants ont 4 ans ou moins.

■ PLUS DE 50 % DES FIV SONT RÉALISÉES AVEC UNE INJECTION INTRA-CYTOPLASMIQUE DE SPERMATOZOÏDES (ICSI)

La technique de FIV a été initialement développée pour répondre aux problèmes d'infertilité d'origine féminine (obstruction ou absence des trompes de Fallope). Cependant, elle s'est rapidement développée bien au-delà de cette première indication. Avec l'apparition d'une nouvelle technique en 1992, l'ICSI, la FIV permet désormais de répondre également aux infécondités liées à une infertilité masculine

synthèse

*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 simple traitement de stimulation hormonale tandis que l'autre moitié a suivi des procédures plus lourdes relevant des techniques d'assistance médicale à la procréation (AMP). Durant l'année 2006, plus de vingt mille enfants ont été conçus grâce à ces techniques d'AMP, dans la majorité des cas (70 %), la technique mise en œuvre est celle de fécondation *in vitro* (FIV).*

*Le traitement de l'infertilité par fécondation *in vitro* a connu un développement constant depuis 30 ans. Près de 200 000 enfants ont été ainsi conçus en France. À l'horizon de 2010, la proportion d'enfants conçus par FIV devrait dépasser les 2 %. Ce développement de la FIV en France est proche des tendances observées chez nos voisins allemands et anglais, et reste bien inférieur au développement atteint dans les pays scandinaves.*

Depuis quinze ans, la technique de FIV avec ICSI a connu un développement très important pour devenir la technique la plus utilisée en France, comme dans les autres pays d'Europe.

Malgré ces réussites techniques, les taux de succès en FIV diminuent rapidement chez les femmes âgées de plus de 35 ans, qui représentent entre 40 et 55 % des femmes prises en charge selon les pays.

Tableau 1 • Origine de l'infécondité

		Origine féminine		
		Oui	Non	Total
Origine masculine	Oui	38 %	20 %	58 %
	Non	34 %	8 %	42 %
Total		72 %	28 %	100 %

Champ : France métropolitaine.

Sources : Enquête réalisée auprès de couples consultant pour infécondité.

CHAMP • France 1989.

SOURCES • Enquête auprès de 1 686 couples ayant consulté un gynécologue ou un obstétricien (exerçant en indépendant ou en milieu hospitalier) entre juillet 1988 et juin 1989 dans trois départements français (Indre-et-Loire, Loire-Atlantique, Haute-Vienne), pour un problème d'infécondité (défini par une période d'attente sans conception d'au moins 12 mois).

MODE DE CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • La répartition des causes d'infécondité est estimée à partir des 1 318 couples dont les deux partenaires ont été examinés.

LIMITES ET BIAIS • Cette étude a été réalisée en 1989. Cependant, aucune étude plus récente n'existe actuellement. La spécificité de cette recherche est d'avoir entrepris systématiquement un bilan d'infécondité chez les deux membres du couple (pour éviter les diagnostics qui reposent parfois uniquement sur un bilan féminin).

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR : INSERM.

RÉFÉRENCES •

– Thonneau P., Marchand S., Tallec A., Ferial M.-L., Ducot B., Lansac J., Lopes P. *et al.*, 1991, « Incidence and main causes of infertility in a resident population (1 850 000) of three French regions (1988-1989) », *Human Reproduction*, 6 : 811-6.

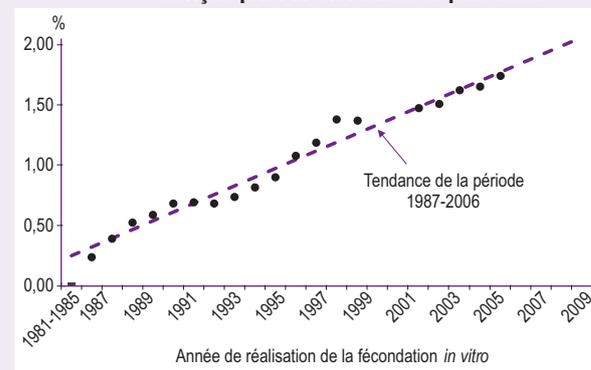
sévère. Dès 1996, 30 % des FIV étaient déjà réalisées avec une ICSI. En 2006, cette proportion a doublé : 60 % de FIV avec ICSI. La part des ICSI est plus importante en France qu'au Royaume-Uni ou dans les pays scandinaves qui affichent des proportions inférieures à 50% (tableau 2), cependant, d'autres pays, présentent des proportions d'ICSI encore plus élevées : la Belgique et l'Allemagne utilisent une ICSI pour pratiquement 70 % des FIV.

■ FORTE BAISSÉ DES TAUX DE SUCCÈS EN FIV CHEZ LES FEMMES ÂGÉES DE PLUS DE 35-40 ANS

L'impact global de la FIV reste limité par la baisse de ses taux de succès chez les femmes âgées de plus de 35 ans. Ce taux de succès peut être estimé par le taux de naissances par ponction. Il est de près de 20 % lorsque la femme est âgée de 25-30 ans, puis il chute à 14 % à 35 ans, descend sous le seuil de 10 % à 40 ans, pour s'effondrer à 2-3 % à 44-45 ans. Pourtant, les femmes âgées de 35 ans et plus représentent une forte proportion des femmes traitées par FIV : plus de 40 % d'entre elles sont dans cette classe d'âge (tableau 2). En Allemagne la proportion des femmes âgées de plus de 35 ans est de 49 % et atteint 55 % au Royaume-Uni. ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA FICHE • INED – INSERM U822

Graphique 1 • Évolution de la proportion d'enfants conçus par FIV en France depuis 1981



Champ : France entière, 1981-2006.

Sources : Bilans d'AMP remis à la DGS, Rapports annuels de l'Agence de biomédecine, FIVNAT, INSEE.

CHAMP • France entière, 1981-2006.

SOURCES • Bilans d'AMP remis à la DGS, rapport annuel de l'Agence de biomédecine, FIVNAT, INSEE.

MODE DE CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • Rapport du nombre d'enfants conçus par FIV durant une année N au nombre d'enfants nés l'année N + 1 en France (afin de prendre en compte le décalage de 9 mois entre la conception et la naissance de l'enfant).

LIMITES ET BIAIS • Absence de données sur le nombre de conception par FIV pour les années 2000 et 2001.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR : INED.

RÉFÉRENCES •

– Graphique reproduit de La Rochebrochard E. de, 2008, « 200 000 enfants conçus par fécondation *in vitro* en France depuis 30 ans », INED, *Population et Société*, n° 452, 4 p.

Tableau 2 • La FIV en Europe

En %

Pays	Proportion d'enfants conçus par FIV	Proportion de FIV avec ICSI	Proportion de FIV chez les femmes âgées de 35 ans ou plus
France	1,6	57	43
Allemagne	1,6	69	49
Royaume-Uni	1,6	44	55
Belgique	2,4	71	40
Norvège	2,8	46	39
Suède	2,9	49	50
Finlande	2,9	39	44
Danemark	4,2	42	40

Champ : Europe, 2004.

Sources : Bilan européen réalisé par l'ESHRE (Société européenne de reproduction humaine et d'embryologie).

CHAMP • Europe, 2004.

SOURCES • Bilan européen réalisé par l'ESHRE (Société européenne de reproduction humaine et d'embryologie).

MODE DE CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • Les proportions sont calculées à partir des données enregistrées dans les registres nationaux.

LIMITES ET BIAIS • Seuls les pays aptes à déclarer leur activité FIV de manière exhaustive ont été sélectionnés ici.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR : ESHRE (Société européenne de reproduction humaine et d'embryologie).

RÉFÉRENCES •

– Nyboe Andersen A., Goossens V., Ferraretti A.P., Bhattacharya S., Felberbaum R., De Mouzon J., Nygren K.G., The european IVF-Monitoring consortium, 2008, « Assisted reproductive technology in Europe, 2004 : results generated from European registers by ESHRE », *Human Reproduction*, 23-4 : 756-71.

Périnatalité



Mortalité maternelle

En France, 50 à 100 femmes décèdent chaque année durant leur grossesse ou de ses suites. Le taux de mortalité maternelle le plus élevé au cours des 15 dernières années était estimé à 13,2 pour 100 000 naissances en 1996 (97 décès maternels). Ce taux était estimé à 7,4 décès pour 100 000 naissances en 1999. L'objectif relatif à la loi de santé publique est d'atteindre un taux inférieur à 5 pour 100 000 en 2008. Selon l'analyse du Comité national d'experts sur la mortalité maternelle, environ 50 % des décès maternels survenus entre 1996 et 1999 pouvaient être considérés comme évitables.

Le nombre annuel de décès maternels étant relativement peu élevé, le Comité national d'experts sur la mortalité maternelle (CNEMM) a opté pour que l'analyse soit biennale pour les taux et quinquennale pour la proportion « d'évitabilité ». Pour les mêmes raisons, il n'a pas paru pertinent de désagréger cet indicateur au niveau régional. De plus, compte tenu de la grande hétérogénéité concernant la qualité de la déclaration des morts maternelles dans les différents pays d'Europe, des comparaisons de taux à cette échelle ne sont pas interprétables.

■ LA MORTALITÉ MATERNELLE TEND À DIMINUER DEPUIS LA FIN DES ANNÉES 1990

Le taux de mortalité maternelle concernant les années 2004-2005 s'établit à 6 pour 100 000 naissances vivantes (tableau 1). Il confirme la tendance à la baisse enregistrée depuis le début des années 1990, période où la surveillance systématique de cet indicateur a commencé. L'objectif visé en 2008 pourrait être atteint si la tendance se maintient.

Une variation aléatoire ne peut être exclue, compte tenu du nombre peu élevé de décès et des fluctuations annuelles régulièrement constatées dans notre pays (graphique 1). Deux mécanismes distincts et indépendants de la qualité des soins sont à prendre en compte.

Tout d'abord, il existe une sous-estimation du nombre des décès maternels dans la statistique des causes médicales de décès. Les premières recherches menées en France sur cette sous-estimation avaient établi à 50 % son ordre de grandeur (années 1988 et 1989); celui-ci a été ramené à 30 %, dans une étude relative à l'année 1999 [Bouvier-Colle *et al.*, 1991 et 2004]. Il y a donc eu une amélioration de l'enregistrement des décès maternels en France depuis dix ans.

De plus d'autres recherches avaient montré, compte tenu de la conjoncture démographique (nombre de femmes en âge de procréer et structure par âge), que la mortalité maternelle

ne pouvait qu'augmenter jusqu'à l'année 2005 [Bouvier-Colle *et al.*, 1995 et 2003].

Le constat inverse fait sur les données réellement observées en 2005 conduit à penser que la baisse observée est réelle.

■ LA PART DES DÉCÈS ÉVITABLES EST ESTIMÉE À 52 % SUR LA PÉRIODE 1999-2003

La part des décès jugés évitables paraît stable : 54,8 % sur la période 1996-2000 ; 51,6 % sur la période 1997-2001 ; 50,4 % sur la période 1998-2002 et 52,4 % sur la période 1999-2003 (tableau 2). Les données concernent seulement la France métropolitaine, les tentatives faites dans les départements d'outre-mer pour réaliser l'enquête confidentielle n'ayant jamais pu aboutir à ce jour.

Les comparaisons internationales sont difficiles. Toutefois, d'après deux études comparant la France aux pays de l'Union européenne et la France à la Finlande, le Massachusetts et la Caroline du Nord, il apparaît que la situation française pourrait être améliorée notamment en ce qui concerne les hémorragies du *post-partum* [Deneux *et al.*, 2005, Wildman *et al.*, 2004] qui constituent la première cause de mortalité maternelle et qui sont en partie évitables. ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA FICHE • INSERM U953

synthèse

La mortalité maternelle tend à diminuer depuis la fin des années 1990. Le taux de mortalité maternelle s'établit à 6 pour 100 000 naissances en 2004-2005. La part des décès maternels évitables est estimée à 52% sur la période 1999-2003.

Pour l'interprétation de l'évolution des taux de mortalité maternelle en 2008, la diminution de la sous-déclaration des décès maternels dans la statistique des causes médicales de décès ainsi que l'accroissement de l'âge moyen des mères à la maternité seront à prendre en compte.

Tableau 1 • Évolution des taux de mortalité mater nelle de 1989 à 2005

	Taux pour 100 000 naissances vivantes		
	Effectifs	Annuel	Biennal
	France métropolitaine (France entière)	France métropolitaine	France métropolitaine (France entière)
1989	65	8,5	
1990	79	10,4	9,4
1991	90	11,9	
1992	96	12,9	12,4
1993	66	9,3	
1994	83	11,7	10,5
1995	69	9,5	
1996	97	13,2	11,3
1997	70	9,6	
1998	75	10,2	10,0
1999	55	7,4	
2000	50	6,5	7,0
2001	56 (61)	7,3	
2002	67 (81)	8,8	7,9 (8,9)
2003	55 (65)	7,2	
2004	52 (60)	6,8	7,0 (7,8)
2005	41 (47)	5,3	6,0 (6,6)

* Taux biennal pour 2004-2005.

Champ : France entière.

Sources : INSERM, CépiDc.

CHAMP • France entière.

SOURCES • Mortalité : INSERM-CépiDc ; naissances : INSEE.

MODE DE CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • Rapport du nombre des décès de causes obstétricales directes et indirectes au nombre de naissances vivantes de l'année considérée.

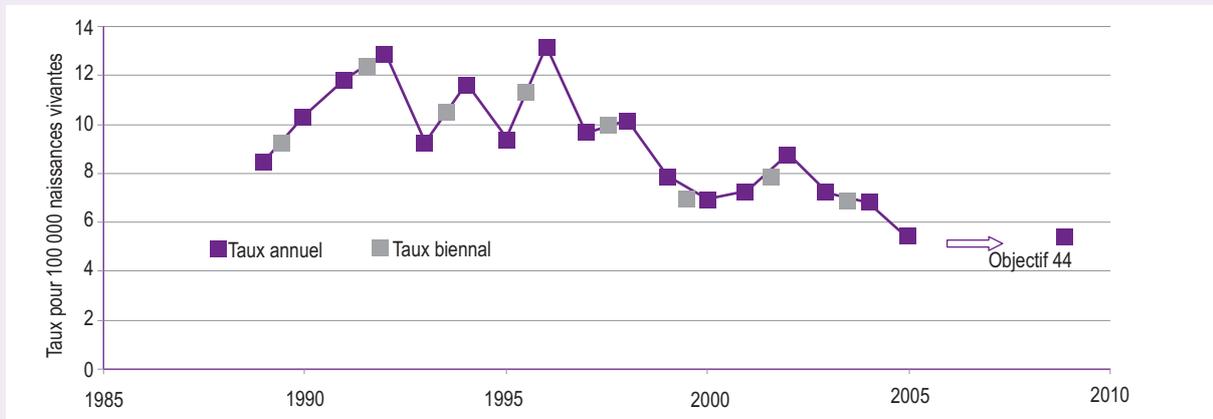
LIMITES ET BIAIS • La désagrégation par région n'a de signification que sur des périodes pluriannuelles (quinquennales, par exemple) non présentée ici. Sous-estimation des morts maternels (de 50 à 30 % selon les années, voir références Bouvier-Colle *et al.*, 1991 et 2004).

RÉFÉRENCES •

- Bouvier-Colle M.-H. *et al.*, 1991, « Mortalité maternelle en France. Fréquence et raisons de sa sous-estimation dans la statistique des causes médicales de décès », *J. Gynecol Obstet Biol Reprod* 1991 ; 20 : 885-91.
- Bouvier-Colle M.-H., Salanave B., 1995, « Mortalité maternelle et structure des naissances Une explication possible de la surmortalité en France », *Rev Epidemiol Santé publique* 1995 ; 43 : 301-7.
- Bouvier-Colle M.-H., Szego E., 2003, « Évolution de la mortalité maternelle en France, depuis 1980 », *Rev Epidemiol Santé publique* 2003, 51 : 361-4.
- Bouvier-Colle M.-H. *et al.*, 2004, « Nouvelle estimation de la mortalité maternelle en France », *J. Gynecol Obstet Biol Reprod* 2004 ; 33 : 421-9.
- Deneux C. *et al.*, 2005, « Underreporting of Pregnancy-Related Mortality in the United States and Europe », *Obstet Gynecol*, (106)4 : 684-92.
- Wildman K. *et al.*, 2004, « Maternal mortality as an indicator of obstetric care in Europe », *Br J. Obstet Gynecol*, 2004 ; 111 : 164-9.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • INSERM-CépiDc et U953.

Graphique 1 • Évolution de la mortalité mater nelle en France depuis 1989, d'après la Statistique nationale des causes médicales de décès



Champ : France entière.

Sources : INSERM, CépiDc et INSERM U149.

Tableau 2 • Évolution de la proportion de décès « évitables » parmi la mortalité maternelle de 1996 à 2003 (moyennes mobiles sur les périodes quinquennales)

	Décès de causes obstétricales	% d'évitabilité
1996-2000	269	54,8
1997-2001	258	51,6
1998-2002	264	50,4
1999-2003	244 (p)*	52,4 (p)*

* (p) : Donnée provisoire

Champ : France métropolitaine.

Sources : Comité national d'experts sur la mortalité maternelle et INSERM U953.

CHAMP • France métropolitaine.

SOURCES • Comité national d'experts sur la mortalité maternelle (CNEMM).

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • Rapport du nombre des décès maternels classés évitables par le comité d'experts au nombre total de décès maternels.

LIMITES ET BIAIS • Signification statistique réduite en raison du petit nombre de cas annuels; la désagrégation par causes n'a de signification que sur des périodes pluriannuelles. Données non exhaustives (25 % de non-réponse en moyenne).

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • CépiDc et INSERM U953.

Mortalité infantile et périnatale

La mortalité infantile ou le nombre d'enfants vivants à la naissance qui meurent durant la première année de leur vie est exprimée sous forme d'un taux (pour 1 000 naissances vivantes) pour l'année considérée. Cet indicateur, largement utilisé dans les comparaisons internationales, mesure non seulement la santé infantile, mais reflète aussi l'état de santé d'une population ou, tout au moins, l'efficacité des soins préventifs, l'attention accordée à la santé de la mère et de l'enfant, de même que la qualité du système de soins et de santé. En outre, cet indicateur rend compte de facteurs sociaux plus larges, tels que le niveau de scolarité des mères ou leur situation socio-économique. C'est un indicateur classique de la santé des populations, retenu au niveau européen. Le taux de mortalité périnatale est défini comme le nombre d'enfants naissant sans vie ou décédés à moins de 7 jours pour 1 000 naissances d'enfants vivants ou sans vie. L'objectif retenu par la loi de santé publique du 9 août 2004 est de réduire la mortalité périnatale de 15 %.

■ TAUX DE MORTALITÉ INFANTILE : DES DISPARITÉS TERRITORIALES IMPORTANTES SUBSISTENT

La mortalité infantile est infléchiée positivement par la prise en charge de la précarité mais aussi, à l'inverse, par le pourcentage croissant d'enfants de petit poids de naissance résultant des progrès de l'obstétrique et de la néonatalogie. Il convient ainsi de noter que les taux de mortalité infantile se sont stabilisés dans certains pays européens ces dernières années. Ce phénomène pourrait être en partie dû à des facteurs tels que le nombre croissant de femmes retardant le moment de la grossesse ou l'augmentation des naissances multiples en raison de l'utilisation plus répandue de traitements pour la fertilité¹.

La mortalité infantile a considérablement diminué au cours des cinquante dernières années, ce qui place la France dans une position intermédiaire en Europe, la moyenne européenne (27 pays) se situant à 4,7 pour 1 000 en 2006. Les pays du Nord (Finlande, Suède) et plus récemment le Luxembourg enregistrent des niveaux plus faibles (de l'ordre de 2,5 à 2,8 pour 1 000 en 2006) tandis que la mortalité infantile est plus élevée au Royaume-Uni (4,5

pour 1 000) et dans la plupart des pays d'Europe de l'Est. Le taux de mortalité infantile est ainsi passé de 51,9 décès pour 1 000 en 1950 à 5 pour 1 000 en 1995 et 3,8 pour 1 000 en 2006 en France (tableau 1). Il existe cependant des disparités territoriales avec des taux plus élevés dans les départements d'outre-mer (de 6,6 à la Réunion à 12,6 en Guyane en 2006).

■ LA MAJORITÉ DES DÉCÈS AVANT UN AN SURVIENT AU COURS DU PREMIER MOIS DE VIE

Entre 1985 et 1995, la mortalité néonatale (décès à moins de 28 jours rapportés aux naissances vivantes) a diminué de 4,6 pour 1 000 naissances vivantes à 2,9 pour 1 000 (données France métropolitaine). Ce taux a ensuite peu évolué entre 1995 et 2001. Depuis 2001, on enregistre une baisse régulière avec, pour 2006, un taux égal à 2,5 (France entière). Le taux observé dans les départements d'outre-mer (6 pour 1 000 en 2006) représente plus de deux fois celui de la métropole.

Depuis 1997, un certificat spécifique a été mis en place pour les décès néonataux. L'analyse effectuée pour ceux survenus en

métropole en 1999 révélait que les deux tiers de ces décès concernaient des prématurés (67,1 %) et particulièrement les grands prématurés : 30,5 % étaient nés avant 27 semaines et 25 % entre 27 et 32 semaines, les enfants issus de grossesses multiples représentant 18,8 % des décès néonataux (tableau 2). Par ailleurs, 36,9 % des décès néonataux avaient eu lieu durant les premières 24 heures, 35,1 % pendant les six jours suivants, 14,7 % durant la deuxième semaine et 13,4 % au cours des deux semaines suivantes.

■ APRÈS UNE LONGUE PÉRIODE DE BAISSÉ, LE TAUX DE MORTALITÉ PÉRINATALE EST DEPUIS 2000 SUR UNE PENTE CROISSANTE

Entre 1985 et 2000, la mortalité périnatale a fortement diminué, passant de 10,7 à 6,9 enfants sans vie ou décédés à moins de sept jours pour 1 000 naissances (données France métropolitaine). La brusque augmentation observée en 2002 (10,2 pour 1 000) est due à un changement de réglementation, consécutif à l'abaissement des seuils d'enregistrement (voir encadré).

Entre 2002 et 2006, le taux de mortalité a crû de 10,2 à 11,2 pour 1 000 (tableau 1). Seule l'année 2005, avec 10,8 décès pour 1 000 naissances, fait figure d'exception en enregistrant l'unique baisse de mortalité en sept ans. La situation était beaucoup moins favorable dans les départements d'outre-mer, avec une moyenne de 17,7 décès pour 1 000 naissances, particulièrement en Guadeloupe et en Martinique où les taux atteignaient respectivement 20,2 et 23,2 pour 1 000.

Au cours des trois dernières décennies, le taux de mortalité a suivi une évolution similaire à celle du taux de mortalité périnatale. En 2006, il s'élevait à 9,5 pour 1 000 naissances (tableau 1). Les départements d'outre-mer atteignaient un taux de 13,9 pour 1 000 (16,9 et 18,6 pour 1 000 respectivement en Guadeloupe et Martinique) contre 9,4 en moyenne en métropole. ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA FICHE •
INSEE – DREES

synthèse

La mortalité infantile a considérablement diminué au cours des cinquante dernières années, ce qui place la France en position moyenne en Europe. En 2006, le taux est égal à 3,8 pour 1 000 naissances, mais des disparités territoriales importantes subsistent entre la métropole et les départements d'outre-mer. La mortalité néonatale a peu évolué, mais elle est en baisse régulière : elle est passée de 3,0 pour 1 000 en 2000 à 2,5 en 2006.

Après une longue période de baisse, le taux de mortalité périnatale est depuis l'année 2000 sur une pente croissante. Si le changement de réglementation intervenu en 2001 est responsable de la hausse brusque de cet indicateur en 2002, il n'explique pas la totalité de cette évolution. Toutefois l'année 2005 enregistre une baisse (la seule en sept ans) avec un taux égal à 10,8 pour 1 000. La mortalité est également en augmentation depuis 2001 et atteint 9,5 pour 1 000 en 2006.

1. « L'Europe en chiffres », Annuaire Eurostat 2008. epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-CD-07-001/FR/KS-CD-07-001-FR.PDF

Tableau 1 • Mortalité périnatale, néonatale et infantile (%)

	Taux de mortalité néonatale	Taux de mortalité infantile	Taux de mortalité périnatale	Taux de mortinatalité
1995	3,0	5,0	7,7	5,4
2000	2,9	4,5	6,9	4,8
2001	3,0	4,6	7,1	4,9
2002	2,7	4,2	10,2	8,3
2003	2,8	4,2	11,1	9,2
2004	2,7	4,0	11,1	9,3
2005	2,5	3,8	10,8	9,1
2006	2,5	3,8	11,2	9,5
2007	-	3,8 (p)*	-	-

* (p) : Données provisoires.

Champ : France métropolitaine et départements d'outre-mer.

Sources : INSEE, état civil ; INSERM-CépiDc.

Tableau 2 • Caractéristiques de la mortalité néonatale par rapport à l'ensemble des décès néonataux

	En %
Naissances uniques	81,2
Naissances multiples	18,8
Âge gestationnel	
Moins de 27 semaines	30,5
27-28 semaines	12,3
29-32 semaines	12,7
33-36 semaines	11,5
37 semaines ou plus	32,9

Champ : France métropolitaine.

Sources : INSERM, CépiDc et INSERM U953.

CHAMP • France métropolitaine, année 1999.

SOURCES • INSEE (état civil), INSERM (CépiDc et U 149) : certificats de décès néonataux.

MODE DE CONSTRUCTION DE L'INDICATEURS • Mortalité néonatale : rapport du nombre annuel de décès néonataux (enfants nés vivants décédés avant 28 jours) à l'ensemble des naissances vivantes.

LIMITES ET BIAIS • Données en principe exhaustives. Un certificat de décès néonatal était disponible pour 87,1 % des décès néonataux.

RÉFÉRENCES •

– Blondel B. *et al.*, 2006, « Apport du certificat de décès néonatal à la connaissance de la mortalité en France », *Bull Epidemiol Hebd*, n° 4.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • INSERM.

CHAMP • France métropolitaine et départements d'outre-mer.

SOURCES • INSEE (état civil). Eurostat pour les données européennes. INSERM-CépiDc : certificats de décès.

MODE DE CONSTRUCTION DES INDICATEURS • Avant 2001, aucun acte n'était établi pour les enfants mort-nés si la durée de la grossesse était inférieure à 180 jours (28 semaines d'aménorrhée). Depuis 2001, un acte d'enfant sans vie peut être établi dès 22 semaines d'aménorrhée ou lorsque le poids de l'enfant mort-né est d'au moins 500 grammes. Depuis le 22 août 2008, sur production d'un certificat médical d'accouchement, tout enfant mort-né ou né vivant mais non viable peut donner lieu à un enregistrement à l'état civil

– Mortinatalité : rapport du nombre annuel de décès fœtaux à l'ensemble des naissances (vivantes et morts nés).

– Mortalité périnatale : rapport du nombre annuel de décès fœtaux et néonataux précoces (décès avant une semaine) à l'ensemble des naissances (vivantes et morts-nés).

– Mortalité néonatale : rapport du nombre annuel de décès néonataux (enfants nés vivants décédés avant 28 jours) à l'ensemble des naissances vivantes.

– Mortalité infantile : rapport du nombre annuel de décès d'enfants nés vivants décédés avant 1 an à l'ensemble des naissances vivantes.

LIMITES ET BIAIS • Données exhaustives.

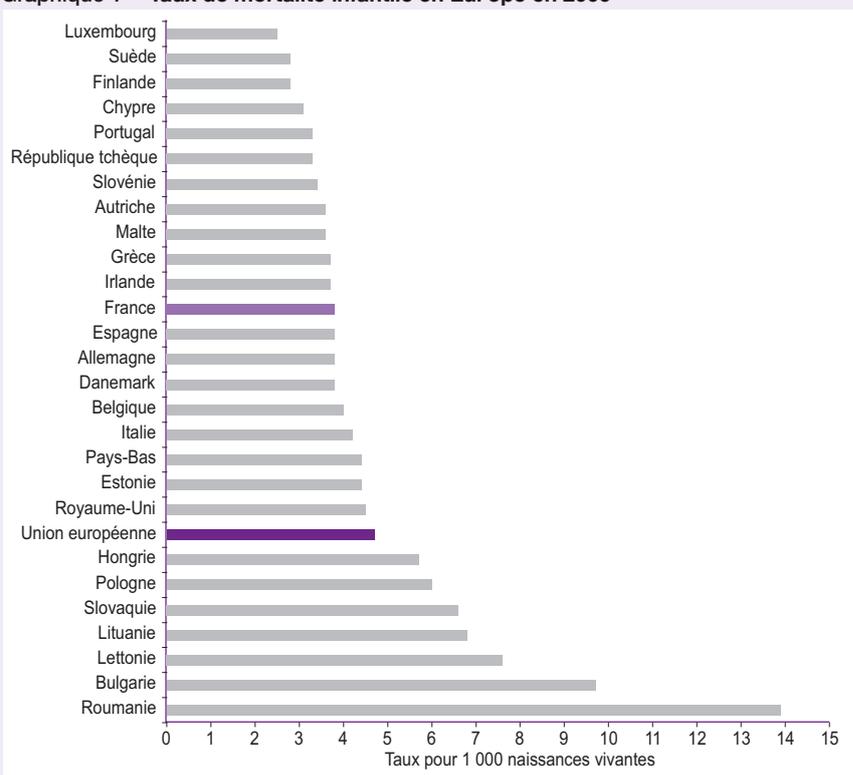
RÉFÉRENCES •

– Beaumel C., Richet-Mastain L., Vatan M., 2007, « La situation démographique en 2005 - Mouvement de la population », *INSEE Résultats*, n° 66.

– Pla A., 2008, « La situation démographique en 2007 – Des naissances toujours plus nombreuses », *INSEE Première*, n° 1170.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • INSEE.

Graphique 1 • Taux de mortalité infantile en Europe en 2006



Champ : Union européenne.

Sources : Eurostat.

Infections transmises de la mère à l'enfant

Un certain nombre d'infections acquises par les femmes au cours de la grossesse se transmettent au fœtus et peuvent être à l'origine de complications graves (mort fœtale *in utero*, malformation congénitale), de lésions affectant le développement psychomoteur et sensoriel du nouveau-né ou d'infections néonatales. Un dépistage systématique avec des prélèvements au cours de la grossesse est recommandé pour la toxoplasmose, la syphilis, le VIH, la rubéole, l'hépatite virale et le streptocoque B. À chacune de ces maladies correspond une prise en charge spécifique des femmes enceintes afin d'éviter la transmission de cette infection à leur enfant. Pour d'autres infections, listériose, herpès, cytomégalovirus (CMV), parvovirus et varicelle, des prélèvements peuvent être réalisés à visée diagnostique chez la mère ou le nouveau-né sur des critères cliniques d'infection ou une notion d'exposition. En l'absence de consensus sur l'efficacité des mesures préventives, la Haute Autorité de santé (HAS) ne préconise pas le dépistage systématique de l'infection à CMV, herpès et parvovirus, mais recommande la vaccination contre la varicelle des femmes sans antécédent de varicelle, en âge de procréer. Les stratégies de prévention ne se limitent cependant pas au dépistage des maladies. Ainsi, la maîtrise de la contamination alimentaire, le développement des recommandations hygiéno-diététiques au cours de la grossesse (toxoplasmose, listériose) et les stratégies de vaccination dans l'enfance (rubéole, hépatite B) ont également un effet sur la réduction des infections congénitales et de celles transmises de la mère à l'enfant. Pour certaines de ces infections, il existe des systèmes de surveillance fondés sur la déclaration obligatoire ou à travers des réseaux de laboratoires mis en place progressivement depuis plus de 20 ans (encadré).

■ LA TRANSMISSION MÈRE-ENFANT DU VHB ET DU VIH EST AUJOURD'HUI TRÈS RARE

VHB et VIH font l'objet d'un dépistage obligatoire (VHB) ou systématiquement proposé (VIH) chez la femme enceinte. La prise en charge adaptée en cas de séropositivité vis-à-vis du VIH (traitement antirétroviral de la mère et du nouveau-né, césarienne éventuelle) permet de réduire considérablement le taux de transmission au nouveau-né. De même, la prise en charge adaptée du nouveau-né si la mère est porteuse de l'antigène HBS (séroprophylaxie à la naissance suivie d'une vaccination du nourrisson) permet d'éviter l'infection du nouveau-né. Le nombre d'infections déclarées chez le nouveau-né, même s'il est loin d'être exhaustif, est très faible (tableau 1). En 20 ans la transmission mère-enfant du VIH a été divisée par 20.

L'impact des stratégies de prévention de la transmission mère-enfant du VIH est étudié par la cohorte de l'enquête périnatale française (EPF) qui a inclus depuis 1985 plus de 10 000 femmes enceintes infectées par le VIH. Grâce au dépistage prénatal et aux traitements antirétroviraux, le taux de transmission mère-enfant du VIH a été passé de 17,2% (IC 95% = 15,2 - 19,4) sur la période de 1990 à 1993, à 1,6% (IC 95% = 1,3 - 2,0) sur la période de 1997 à 2004.

■ L'IMPACT DE LA VACCINATION CONTRE LA RUBÉOLE A CONSIDÉRABLEMENT RÉDUIT LE NOMBRE D'INFECTIONS

La prévention de cette infection repose sur la vaccination des enfants¹. La vaccination des femmes nées avant 1980 doit être proposée à toute femme non vaccinée lors d'une consultation de contraception en s'assurant de l'absence d'une grossesse débutante. Si la sérologie réalisée en période prénatale est négative ou inconnue, il est recommandé de vacciner la femme immédiatement après l'accouchement.

Le nombre d'infections rubéoleuses maternelles, d'infections rubéoleuses congénitales malformatives (RMC) et d'interruptions médicales de grossesse (IMG) pour suspicion de rubéole a considérablement baissé entre 1997 et 2006 (graphique 1). Le nombre d'infections rubéoleuses au cours de la grossesse a été divisé par 20 en 10 ans. Cependant, sur cette période, 49 femmes infectées au cours de leur grossesse ayant déjà accouché en France antérieurement, n'avaient pas été vaccinées à près leur accouchement précédent. Or, si les préconisations avaient été suivies et ces femmes vaccinées, 6 rubéoles congénitales malformatives et 11 IMG auraient pu être évitées.

■ LES MESURES DE PRÉVENTION ONT DIMINUÉ LA SURVENUE DE LISTÉRIOSE MATERNO-FŒTALE

La prévention individuelle de la listériose au cours de la grossesse repose sur des recommandations hygiéno-diététiques.

Le nombre de listérioses materno-néonatales pour 100 000 naissances a été divisé par 12 entre 1984 et 2006 (graphique 2). Cette diminution, particulièrement marquée de 1984 à 1993, a été attribuée jusqu'en 1993 à l'efficacité des mesures de contrôle de la filière agro-alimentaire. Elle s'est poursuivie par la suite grâce à l'élargissement de ces mesures à d'autres filières et au niveau de la distribution, ainsi qu'à la prise en compte par les femmes enceintes des recommandations hygiéno-diététiques. Le nombre d'infections néonatales qui était d'environ 30 cas par an sur la période

1. La couverture vaccinale est passée de 81,5% en 1995 à 86,8% en 2004 pour la rubéole, chez les enfants de 24 mois. Ce taux est jugé satisfaisant bien qu'insuffisant au regard de l'objectif d'un taux d'au moins 95% à l'âge de deux ans, objectif fixé au niveau de la région européenne de l'OMS (suivi des indicateurs de la loi de santé publique, 2008, « L'état de santé de la population en France » rapport 2007, objectif 42 – www.sante.gouv.fr/drees/santepop2007/santepop2007.htm).

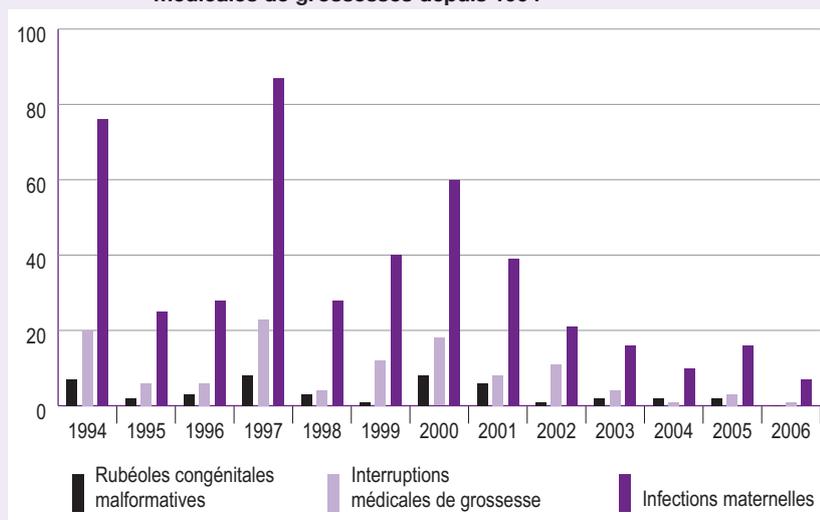
Tableau 1 • Nombre d'infections par le VIH et le VHB, déclarées chez les nourrissons entre 2003 et 2006

	2003	2004	2005	2006
Infection VIH < 1 an	3	7	8	5
Infection VHB du nouveau-né	3	1	0	1

Champ : France entière.

Sources : Déclaration obligatoire, InVS.

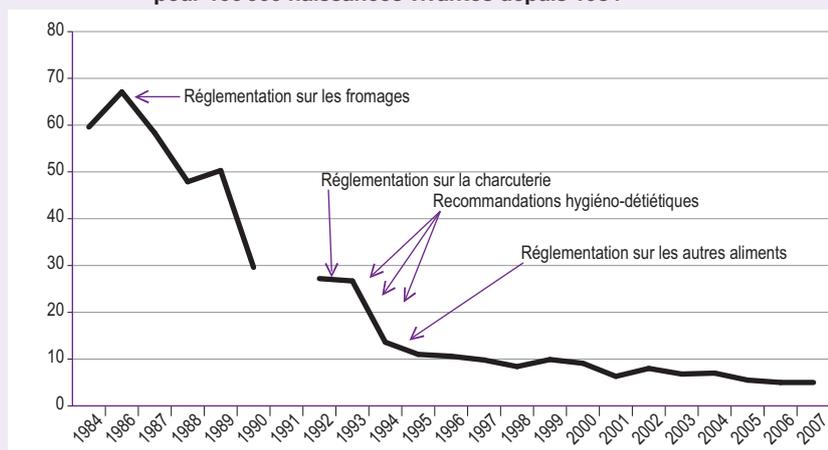
Graphique 1 • Rubéole : nombre annuel d'infections maternelles, de rubéoles congénitales malformatives et d'interruptions médicales de grossesses depuis 1994



Champ : France métropolitaine.

Sources : Renarub, réseau de laboratoires réalisant la recherche de l'lgM antirubéoleux.

Graphique 2 • Évolution du nombre de listérioses materno-néonatales pour 100 000 naissances vivantes depuis 1984*



* Ratio : listérioses materno-néonatales/100 000 naissances.

Champ : France entière.

Sources : Avant 1999 : enquête laboratoire national de la santé, CNR des Listeria ; depuis 1999 : déclaration obligatoire, InVS.

RÉFÉRENCES •

- HAS, 2001, «Prévention anténatale du risque infectieux bactérien anténatal précoce», septembre, www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/prevention_antenatale_du_risque_infectieux_bacterien_rec.pdf;
- HAS, 2004, «Évaluation de l'intérêt du dépistage de l'infection à cytomégalovirus chez la femme enceinte en France », septembre, www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/CMV_synth.pdf;
- HAS, 2005, « Comment mieux informer les femmes enceintes », avril, www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/femmes_enceintes_recos.pdf;
- 2008, « Infections congénitales et transmises de la mère à l'enfant en France, des progrès notables en lien avec des actions de prévention », InVS, *Bull Epidemiol Hebd*, 14-15, 8 avril, www.invs.sante.fr/beh/2008/14_15/beh_14_15_2008.pdf;
- 2008, « Calendrier vaccinal 2008 : Avis du Haut conseil de la santé publique », InVS, *Bull Epidemiol Hebd*, 16-17, 21 avril, www.invs.sante.fr/beh/2008/16_17/beh_16_17_2008.pdf;
- Parent du Châtelet I., Bouraoui L., Grangeot-Keros L., Six C., Lévy-Bruhl D., 2008, «Bilan de 10 années de surveillance des infections rubéoleuses durant la grossesse à travers le réseau de laboratoires Renarub en France métropolitaine, 1997-2006 », InVS, *Bull Epidemiol Hebd*, 14-15 : p. 102-106;
- Goulet V., Laurent E., 2008, « La listériose de la femme enceinte et du nouveau-né en France : évolution de 1984 à 2006 », InVS, *Bull Epidemiol Hebd*, 14-15 : p. 107-110;
- Jourdan-Da Silva N., Antona D., Six C., Georges S., Goulet V., Judlin P., Lévy-Bruhl D., 2008, «Infections néonatales à streptocoque B en France : données d'incidence de 1997 à 2006 et pratiques de prévention en maternité », InVS, *Bull Epidemiol Hebd*, 14-15 : 110-113.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • InVS.

Infections transmises de la mère à l'enfant (suite)

de 2000 à 2004 est passé à 20 cas par an entre 2005 et 2006.

■ LE NOMBRE DE PRISES EN CHARGE PAR LE PROGRAMME DE DÉPISTAGE DE LA TOXOPLASMOSE AUGMENTE

La séroprévalence de la toxoplasmose chez les femmes enceintes qui était autour de 66 % en 1980 est passée à 54 % en 1995 puis à 44 % en 2003. Des disparités régionales existent avec une séroprévalence de 30 % dans le Nord-Est de la France et 50 % dans le Sud-Ouest. Un dispositif de surveillance des toxoplasmoses congénitales a été mis en place en 2007. L'enquête préalable a permis d'estimer le nombre de toxoplasmoses congénitales à environ 265 cas par an.

■ LE DÉPISTAGE SYSTÉMATIQUE ET LE TRAITEMENT DU STREPTOCOQUE B RÉDUISENT NETTEMENT LES CAS D'INFECTION

La prévention de l'infection à streptocoque B est assurée par le dépistage systématique du portage maternel de streptocoque B en fin de grossesse et par une antibiothérapie *per-partum* des femmes positives. Cette stratégie est recommandée par la HAS depuis 2001.

L'incidence des infections néonatales précoces à streptocoque B a diminué de façon marquée depuis 2003 (elle a été divisée par 2), alors que l'incidence des infections néonatales tardives reste stable (graphique 3). Ce constat est en faveur d'un impact positif de l'application des recommandations de ces infections proposées depuis 1997 et renforcées par la HAS en 2001. ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA FICHE • INVS

Système de surveillance des infections transmises de la mère à l'enfant

Infection	Dépistage systématique recommandé	Système de surveillance (année de mise en place)	Exhaustivité du système de surveillance en %
Rubéole	Chez toutes les femmes en l'absence de preuve documentée de l'immunité	Renarub (1976) Réseau de laboratoires	> 90
Toxoplasmose	Chez toutes les femmes en l'absence de preuve documentée de l'immunité	Toxosurv (2007) Réseau de laboratoires	> 80
Syphilis	Chez toutes les femmes	Réseau de consultations centrées sur les IST	
VIH	Chez toutes les femmes	Déclaration obligatoire (2003)	> 65
VHB	Chez toutes les femmes	Déclaration obligatoire (2003)	> 25
Listériose	Non	Déclaration obligatoire (1999)	> 80
Streptocoque B	Chez toutes les femmes en fin de grossesse	Epibac (1995) Réseau de laboratoires	> 80
Herpès	Non	-	-
CMV	Non	-	-
Parvovirus	Non	-	-
Varicelle	Non	-	-

Encadré

synthèse

La baisse des indicateurs d'infections périnatales rend compte de l'impact positif des actions de prévention mises en place en France pour limiter le nombre d'infections transmises de la mère à l'enfant pendant la grossesse ou l'accouchement : division par 20 en 20 ans de la transmission mère-enfant du VIH, division par 20 en 10 ans des infections rubéoleuses au cours de la grossesse ; division par 12 en 20 ans de la listériose materno-néonatale, division de plus de la moitié des infections néonatales précoces à streptocoque B depuis la mise en place d'une antibioprofylaxie en per-partum.

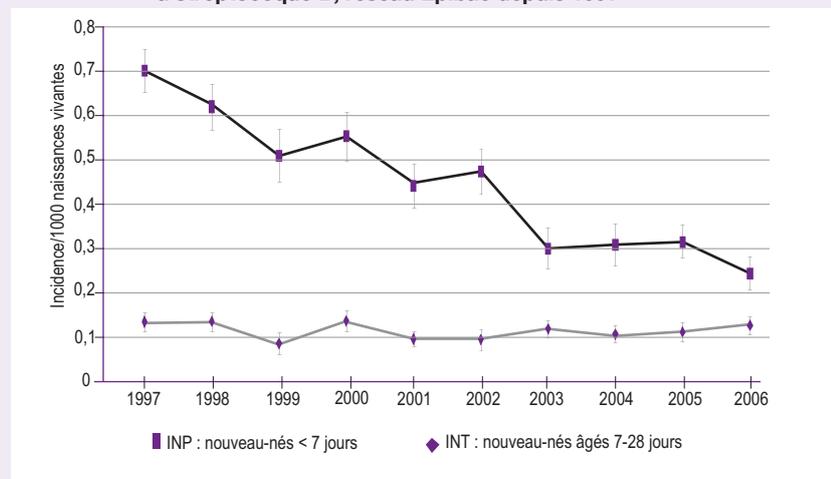
Tableau 2 • **Listériose : nombre annuel de décès *in utero* et d'infections néonatales précoces et tardives depuis 1999**

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Total
Mort <i>in utero</i>									
Avortement (< 22SA)	8	14	5	11	5	6	6	8	63
Mort-né (≥ 22SA)	5	7	5	8	5	7	4	2	43
Infection néonatale									
Précoce (J0-J6)	43	30	29	27	27	29	19	20	224
Tardive (J7-J27)	0	4	0	3	3	2	1	0	13

Champ : France entière.

Sources : Déclaration obligatoire, InVS.

Graphique 3 • **Évolution de l'incidence des infections néonatales à streptocoque B, réseau Epibac depuis 1997**



Champ : France métropolitaine.

Sources : Epibac, laboratoires hospitaliers. Les données sont corrigées pour tenir compte des établissements non couverts par les laboratoires du réseau Epibac.

Prévention et prise en charge de la douleur au cours de l'accouchement

Les conditions d'accouchement ont beaucoup changé au cours des dernières décennies. Le confort de l'accouchée est de plus en plus pris en considération. L'utilisation de différentes méthodes pour réduire la douleur, la préparation à l'accouchement et la présence du père de l'enfant en salle de travail se sont généralisées.

Un des principaux progrès dans la réduction de la douleur concerne l'analgésie péridurale. La proportion de femmes ayant ce type d'analgésie est en augmentation constante.

La prévention de la douleur d'intensité modérée et sévère constitue l'un des objectifs de la loi de santé publique de 2004. Sont particulièrement ciblées, la période postopératoire, la prévention de la douleur chez les patients cancéreux et chez les enfants au décours de la prise en charge diagnostique ou thérapeutique.

La prévention et la prise en charge des douleurs liées à l'accouchement font cependant l'objet d'un suivi spécifique compte tenu de la fréquence de cette situation.

■ 74,9% DES FEMMES AYANT ACCOUCHE EN 2003 ONT EU UNE ANESTHÉSIE PÉRIDURALE OU UNE RACHIANESTHÉSIE¹

En 2003 selon l'enquête nationale périnatale réalisée par l'INSERM et la DREES, 62,6 % des femmes ayant accouché en métropole ont bénéficié d'une péridurale et 12,3 % d'une rachianesthésie. La prise en charge de la douleur pendant le travail s'est accrue puisque, en 1998, la proportion de femmes ayant eu une péridurale était de 58,0 % et celles ayant eu une rachianesthésie de 8,5%. Elles étaient globalement 54 % à bénéficier de l'une ou l'autre de cette prise en charge en 1995 (tableau 1). Les anesthésies générales, déjà peu nombreuses en 1998, ont continué à diminuer ; elles ont été pratiquées pour 1,7 % des femmes en 2003. Ainsi globalement moins d'un quart des femmes ont accouché sans anesthésie.

Parmi les femmes n'ayant pas eu de péridurale en 2003, 38,7 % n'en désiraient pas et 48 % ont eu un travail trop rapide pour mettre en place l'anesthésie. Seulement 2,9 % de l'en-

semble des femmes déclarent que l'anesthésiste n'était pas disponible. La part de femmes ayant eu une péridurale ou une rachianesthésie varie cependant de 63,4 % chez les femmes sans profession et 65,5 % chez les ouvrières non qualifiées à 82,9 % parmi les cadres (tableau 1).

Le recours à cette technique décroît avec le rang de naissance de l'enfant attendu : 83,8 % des femmes ayant accouché de leur premier enfant en 2003 l'ont fait avec péridurale ou rachianesthésie, contre 70,7 % pour le deuxième enfant, 62,3 % pour le troisième et 55 % pour le quatrième.

Les femmes ayant accouché dans les départements outre-mer sont beaucoup moins concernées : seulement 47,8 % d'entre elles ont bénéficié d'une péridurale ou d'une rachianesthésie lors de leur accouchement en 2003 (graphique 1) mais leurs caractéristiques diffèrent de celles des femmes de la métropole : elles sont plus souvent âgées et ont un niveau d'études plus bas. Elles sont aussi plus souvent hospitalisées pendant la grossesse et accouchent plus souvent par césarienne.

■ LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR EST ASSOCIÉE À UN MEILLEUR DEGRÉ DE SATISFACTION À L'ÉGARD DU DÉROULEMENT DE L'ACCOUCHEMENT

La très grande majorité des femmes se déclarent, en 2006, satisfaites du déroulement de leur accouchement (voir le dossier thématique « Périnatalité et santé des femmes »)². Au travers des résultats de l'enquête auprès des usagères des maternités, il apparaît que les niveaux de satisfaction sont relativement homogènes selon le type de structure d'accueil ou les principales caractéristiques sociodémographiques des femmes, mais ils varient sensiblement selon les marges de choix pendant le suivi de grossesse et les actes pratiqués au cours de l'accouchement. Ainsi, la part des femmes insatisfaites du déroulement de l'accouchement est augmentée de 35 % parmi les femmes qui n'ont pas eu de péridurale (8,1 % ne sont « pas du tout ou plutôt pas satisfaites » contre 6,0 % pour l'ensemble des femmes). ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA FICHE • DREES

synthèse

Près de trois femmes sur quatre ayant accouché en 2003 ont bénéficié d'une péridurale ou d'une rachianesthésie. Elles étaient environ une sur deux en 1995. Des variations importantes sont cependant enregistrées selon le statut professionnel (63,4 % des femmes sans profession contre 82,9 % des cadres). La pratique de la péridurale ou de la rachianesthésie diminue avec la parité (83,8 % lors de l'accouchement pour un premier enfant contre 55 % pour un quatrième enfant). Elle est aussi variable selon les régions.

La prise en charge de la douleur est associée au degré de satisfaction à l'égard du déroulement de l'accouchement : 8,1 % des femmes qui n'ont pas eu de péridurale se déclarent insatisfaites du déroulement de l'accouchement.

1. L'anesthésie péridurale et la rachianesthésie sont des anesthésies locorégionales. Le but est l'anesthésie de la partie inférieure du corps. Les deux techniques sont proches. La rachianesthésie permet une anesthésie d'excellente qualité, mais de durée limitée à quelques heures. L'anesthésie péridurale peut être utilisée pour des gestes plus prolongés en raison de la possibilité de réinjections anesthésiques.

2. Collet M., 2008, « Satisfaction des usagères des maternités à l'égard du suivi de grossesse et du déroulement de l'accouchement », *Études et Résultats*, DREES, n° 660, septembre.

Tableau 1 • Pourcentage de femmes ayant accouché en France en 2003 avec une péridurale ou une rachianesthésie selon la profession

	Péridurale + rachianesthésie (en % de l'ensemble des accouchements)
Sans profession	63,4
Agriculteur	68,8
Artisan, commerçant	75,7
Cadre	82,9
Profession intermédiaire	77,4
Employé de la fonction publique	77,6
Employé de commerce	75,7
Personnel de service	73,2
Ouvrier qualifié, chauffeur	68,7
Ouvrier non qualifié	65,4

Champ : France entière.

Sources : Enquête nationale périnatale 2003.

CHAMP • Mères de tous les enfants nés vivants ou mort-nés au cours d'une semaine donnée si la naissance a eu lieu après au moins 22 semaines d'aménorrhée ou si l'enfant pesait au moins 500 grammes à la naissance, à partir de toutes les naissances de tous les départements français (en 2003 : échantillon de 14 482 mères en métropole et 626 dans les DOM).

SOURCES • Enquêtes nationales périnatales (DGS/PMI/DREES/INSERM U149) 1995, 1998 et 2003 - Les informations sont recueillies à partir du dossier médical des maternités et d'un interrogatoire des femmes en suites de couches.

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • Numérateur : nombre de femmes ayant eu une anesthésie péridurale ou une rachianesthésie. Dénominateur : nombre de femmes ayant accouché pendant la période de l'enquête

LIMITES ET BIAIS • L'information recueillie en suites de couches sur les raisons motivant l'absence de péridurale peut sous-estimer la fréquence des anesthésies possibles et souhaitées par les femmes au moment de l'accouchement. Les données publiées pour l'ENP 2003 incluent les anesthésies réalisées pour des césariennes programmées.

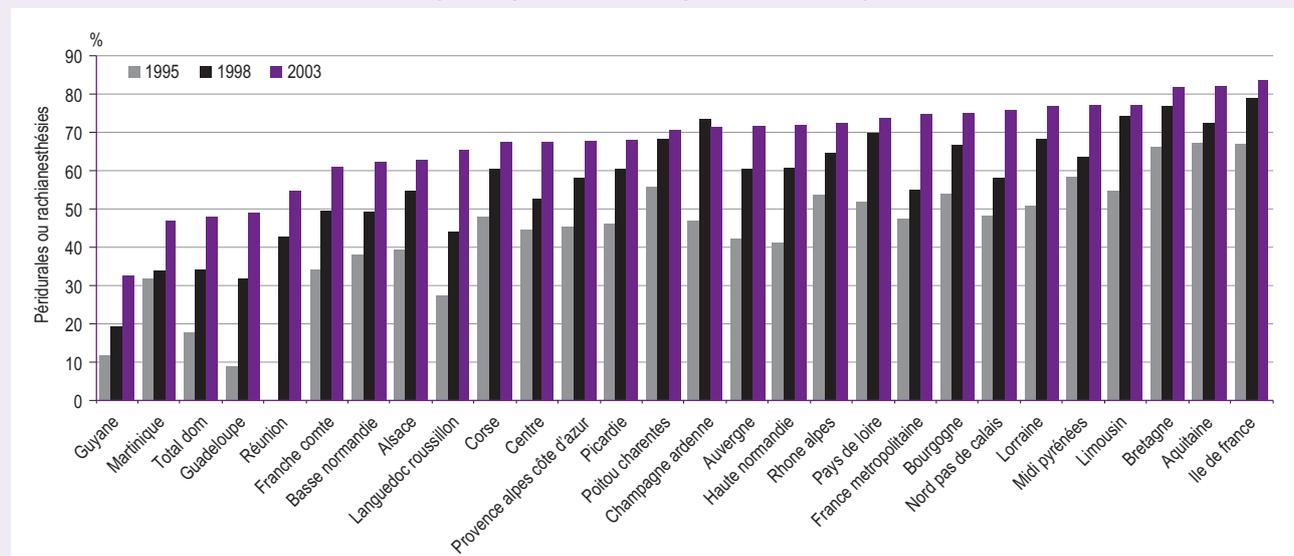
RÉFÉRENCES •

– Blondel B., Supernant K., Mazaubrun C. du, Breart G., 2005, « Enquête nationale périnatale 2003, situation en 2003 et évolution depuis 1998 », rapport INSERM/DGS/DREES.

– Vilain A., Peretti C. de, Herbert J.-B., Blondel B., 2005, « La situation périnatale en France en 2003 », *Études et Résultats*, DREES, n° 383, mars.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • DREES.

Graphique 1 • Pourcentage de péridurales ou de rachianesthésies parmi les accouchements selon les régions, évolutions 1995-1998-2003 (classé par % croissant pour l'année 2003)



Champ : France entière.

Sources : Enquêtes nationales périnatales 1995, 1998 et 2003.

Mode d'accouchement

Les enquêtes nationales périnatales, réalisées par l'INSERM et la DREES à intervalle régulier, permettent de suivre l'évolution des principaux indicateurs de santé et des pratiques médicales dans le champ de la santé périnatale et d'aider à l'évaluation et à la décision des actions de santé. Les dernières enquêtes ont été réalisées en 1995, 1998 et 2003. La prochaine enquête est programmée pour 2009.

Des évolutions sur les conditions d'accouchement ont été observées depuis plusieurs années, concernant aussi bien le lieu de prise en charge, que le mode et les pratiques liées à l'accouchement. Les accouchements ont lieu plus souvent en secteur public et surtout dans des services de très grande taille, ce qui est le résultat des fermetures et des fusions de maternités.

Le mode d'accouchement a également changé: entre 1998 et 2003 les césariennes ont augmenté alors que les voies basses spontanées et les voies basses opératoires ont très légèrement diminué.

■ LES CÉSARIENNES CONCERNENT UN ACCOUCHEMENT SUR CINQ EN 2007

Globalement, le taux de césariennes (rapporté au nombre de naissances) est passé de 17,5% en 1998 à 20,2 % en 2003 en France métropolitaine. Cette augmentation forte des césariennes était déjà sensible avant 1998, puisque le taux était de 15,9 % en 1995. Le taux de césariennes pendant le travail, associé à un risque plus élevé de morbidité et de mortalité maternelle, est resté stable entre 1998 et 2003. L'accroissement observé portait uniquement sur les césariennes avant travail (9,2% en 1998 à 12,5 % en 2003) et sur les premières césariennes. Ainsi, le taux de césariennes restait stable chez les multipares avec antécédents de césarienne (autour de 64%) alors qu'il augmentait chez les primipares (de 19,6% à 23,3 %) et chez les multipares sans antécédents de césarienne (de 6,7 % à 8,8 %). L'accroissement était particulièrement sensible en cas d'accouchement avant terme ou de naissance de jumeaux (le taux de césariennes avant travail lors de grossesses gémellaires passant de 29,7 % à 36,2 %). Ces évolutions semblent traduire une attitude de précaution *a priori*, plus grande en présence de risques élevés pour l'enfant et la mère.

Les données du tableau 1 montrent la cohérence des différentes sources permettant de suivre l'évolution du taux de césariennes (rapporté aux femmes). D'après les données enregistrées dans le PMSI, le taux de césariennes est de 20 pour 100 accouchements en 2007 et a peu augmenté depuis 2003 (0,5 point). La prochaine enquête périnatale devrait permettre d'analyser plus finement les évolutions.

■ DEUX CÉSARIENNES SUR TROIS SONT RÉALISÉES DANS DES MATERNITÉS DE NIVEAU 2 OU 3

En 2006, selon les données de la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE), 44% des césariennes ont eu lieu dans des maternités de niveau 2, une césarienne sur trois dans les maternités de niveau 1 et près d'une césarienne sur cinq dans les maternités de niveau 3. Depuis 2000, le lieu de prise en charge des césariennes a évolué: le nombre de césariennes a augmenté de 50 % dans les maternités de niveau 2, et de 41 % dans celles de niveau 3, alors qu'il décroît dans celles de niveau 1 (-14 %) (graphique 1).

L'enquête nationale périnatale de 2003 mettait en évidence des disparités géographiques dans le mode d'accouchement des femmes. Les taux de césariennes rapportés aux naissances étaient plus élevés que la moyenne nationale dans les DOM (23,7 %), à Paris

(23,6 %), dans l'Est (22,6 %) et la région Méditerranée (22,8 %) et plus bas dans le Bassin parisien (17,9 %) et le Nord (17,0 %).

■ LA PART DES ACCOUCHEMENTS PAR VOIE BASSE AVEC ÉPISIOTOMIE EST EN FORTE BAISSÉ

Entre 1998 et 2007, selon les données du PMSI, le pourcentage de femmes ayant eu une épisiotomie lors d'accouchements par voie basse a fortement diminué en France métropolitaine. Une épisiotomie a été réalisée chez 42,1% des femmes primipares en 2007 contre 61,6% en 1998. Chez les femmes multipares ce taux a diminué de moitié passant de 31,8 % en 1998 à 15,7 % en 2007. Dans les DOM, la proportion d'accouchements par voie basse avec épisiotomie est plus faible qu'en France métropolitaine: 30 % des primipares et environ 10 % des femmes multipares accouchant par voie basse ont subi une épisiotomie en 2007 (graphique 2). Il existe une possible sous-déclaration des cas d'épisiotomie dans ce recueil de données mais on peut supposer qu'elle est stable dans le temps. En 1998, dans l'enquête nationale périnatale, les taux d'épisiotomies en France métropolitaine étaient de 71,3 % chez les primipares et de 36,2% chez les multipares.

■ UNE FEMME SUR DEUX JUGE L'INFORMATION FOURNIE INSUFFISANTE EN CAS D'ÉPISIOTOMIE ET UNE SUR DIX EN CAS DE CÉSARIENNE

Au travers des résultats de l'enquête auprès des usagers des maternités, il ressort qu'en 2006, la très grande majorité des femmes se

synthèse

Selon l'enquête nationale périnatale, les données du PMSI et celles de la SAE, le taux de césariennes en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer ont fortement augmenté entre 1995 et 2003 et semblent se stabiliser depuis. D'après les données du PMSI, les césariennes concernent un accouchement sur cinq en 2007.

*Depuis 2000, la part des césariennes s'accroît dans les maternités de niveau 2 et 3. Toutes ces évolutions semblent traduire une attitude de précaution *a priori*, plus grande en présence de risques élevés pour l'enfant et la mère.*

Le pourcentage de femmes accouchant par voie basse ayant subi une épisiotomie a diminué de moitié entre 1998 et 2007 chez les femmes multipares et de 30% chez les primipares. Deux tiers des épisiotomies sont réalisées chez des primipares.

La très grande majorité des femmes se déclarent satisfaites en 2006 du déroulement de leur accouchement, cependant l'information délivrée par les professionnels de santé est jugée insuffisante ou inexistante pour une femme sur deux en cas d'épisiotomie, et pour une femme sur dix en cas de césarienne.

Tableau 1 • Évolution de la part des césariennes en France entre 1995 et 2007 selon différentes sources rapportée au nombre d'accouchements

	Métropole			DOM	
	PMSI	ENP	SAE	PMSI	ENP
	1995	-	15,4	-	-
1996	-	-	-	-	-
1997	-	-	-	-	-
1998	16,9	17,0	-	18,0	18,0
1999	-	-	-	-	-
2000	-	-	17,3	-	-
2001	-	-	18,2	-	-
2002	-	-	18,9	19,4	22,6
2003	19,5	19,6	18,9	19,4	22,6
2004	-	-	19,2	-	-
2005	-	-	19,6	-	-
2006	-	-	19,9	-	-
2007	20,0	-	-	18,8	-

Champ : France métropolitaine et départements d'outre-mer.
Sources : Enquêtes nationales périnatales 1995, 1998 et 2003, PMSI de 1998 à 2003, SAE de 2000 à 2006.

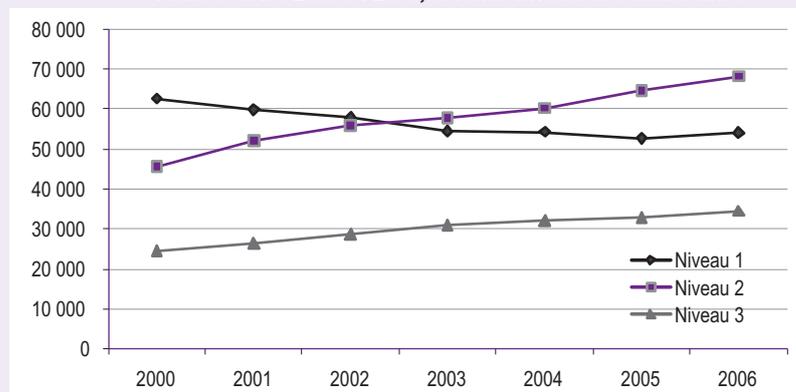
déclarent sa tatisfaites du déroulement de leur accouchement (voir le dossier thématique « Périnatalité et santé des femmes »)¹. Interrogées plus spécifiquement sur chacun des actes médicaux pratiqués, 12 % des femmes expriment un avis défavorable concernant les soins d'épisiotomie et 7 % pour les soins de césarienne ou liés à une déchirure.

Si les femmes dressent un tableau très positif de la manière et des conditions dans lesquelles s'est déroulé leur accouchement, elles se révèlent un peu plus critiques quant à la capacité des professionnels à expliquer leur démarche médicale et les implications potentielles sur leur santé. Ainsi, en cas de césarienne (programmée ou non), une femme sur dix juge les informations fournies insuffisantes et une sur vingt inexistantes. Plus encore, en cas d'épisiotomie : près d'une femme sur deux a déploré un manque (16 %) ou l'absence totale d'explications (31 %) lorsque cet acte a été effectué.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA FICHE • DREES

1. Collet M, 2008, « Satisfactions des usagers des maternités à l'égard du suivi de grossesse et du déroulement de l'accouchement », *Études et Résultats*, n° 660, septembre, DREES.

Graphique 1 • Évolution du nombre d'accouchements avec césarienne en France entre 2000 et 2006, selon le niveau des maternités



Champ : France métropolitaine.
Sources : SAE, 2006.

CHAMP • Enquête périnatale : mères de tous les enfants nés vivants ou mort-nés au cours d'une semaine donnée si la naissance a eu lieu après au moins 22 semaines d'aménorrhée ou si l'enfant pesait au moins 500 grammes à la naissance, à partir de toutes les naissances de tous les départements français (en 2003 : échantillon de 14 482 mères en métropole et 626 dans les DOM). PMSI : Personnes de sexe féminin de plus de huit ans ayant eu un accouchement ou une césarienne en France métropolitaine et dans les DOM en 1998, 2003 et 2007. SAE : France métropolitaine.

SOURCES • Enquêtes nationales périnatales (DGS-PMSI-DREES-INSERM U953) 1995, 1998 et 2003 : les informations sont recueillies à partir du dossier médical des maternités et d'un interrogatoire des femmes en suites de couches. Données du PMSI de 1998 à 2003 et de la SAE de 2000 à 2006.

CONSTRUCTION DES INDICATEURS •

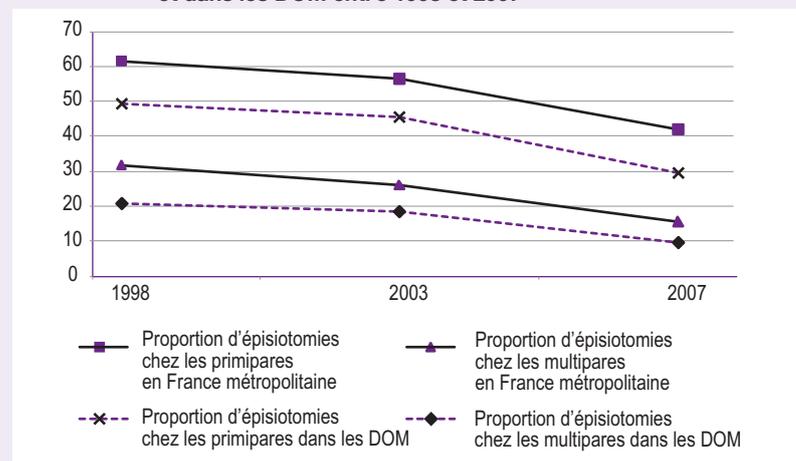
- Taux de césariennes : PMSI : nombre de séjours classés en GHM de césariennes dans la CMD 14 sur le nombre de séjours pour accouchement dans la même classification.
- Enquête périnatale : nombre de césariennes sur l'ensemble des naissances.
- SAE : nombre de césariennes sur le nombre d'accouchements total.
- Taux d'épisiotomies : nombre d'épisiotomies sur le nombre d'accouchements par voie basse (PMSI).

RÉFÉRENCES •

- Blondel B., Supernant K., Mazaubrun C. du, Breart G., 2005, *Enquête nationale périnatale 2003, situation en 2003 et évolution depuis 1998*, rapport INSERM-DGS-DREES.
- Vilain A., Peretti C. de, Herbert J.-B., 2003, « Enquête nationale périnatale 2003 : compléments de cadrage, les disparités sociales en matière de santé périnatale et apports des autres sources », *Documents de travail*, DREES.
- Vilain A., Peretti C. de, Herbert J.-B., Blondel B., 2005, « La situation périnatale en France en 2003 », *Études et Résultats*, DREES, n° 383, mars.
- Baubeau D., Buisson G., 2003, « La pratique des césariennes : évolution et variabilité entre 1998 et 2001 », *Études et Résultats*, DREES, n° 275, décembre.
- Mamelle N., David S., Vendittelli F., Rivière O., Barborini Y., INSERM, Réseau sentinelle Audipog 2002-2003.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DES INDICATEURS • DREES.

Graphique 2 • Évolution du pourcentage d'épisiotomies réalisées lors d'accouchements par voie basse en France métropolitaine et dans les DOM entre 1998 et 2007



Champ : France métropolitaine et départements d'outre-mer. Accouchements par voie basse.
Sources : PMSI 1998, 2003, 2007 ; séjours classés en GHM d'accouchements dans la CMD14.

Suivi de grossesse

Les progrès techniques réalisés en obstétrique et en néonatalogie mais aussi l'amélioration de la surveillance prénatale ont donné lieu, ces dernières années, à une amélioration de la situation sanitaire environnant la naissance. Le plan périnatalité de 1994 avait comme objectifs de diminuer la mortalité maternelle de 30 %, la mortalité périnatale de 20 % et de réduire la mort subite du nourrisson par la mise en place d'un programme de prévention. Les objectifs ont été atteints pour les indicateurs de mortalité, mais des progrès sont encore nécessaires et possibles dans le cadre de la prévention. En effet, précarité et pauvreté apparaissent particulièrement associées à des suivis de grossesse insatisfaisants voire inexistantes. Le plan périnatalité mis en œuvre entre 2005 et 2007 vise à améliorer la sécurité et la qualité des soins en passant par la conduite d'entretien du 4^e mois, l'amélioration de l'information, un soutien renforcé aux femmes et aux couples en situation de précarité, un suivi et une prise en charge à long terme des nouveau-nés en risque de développer un handicap.

■ LES DÉCLARATIONS DE GROSSESSE

En France, la déclaration de grossesse doit être faite avant 15 semaines d'aménorrhée pour permettre l'ouverture des droits sociaux. Les femmes qui ont déclaré leur grossesse hors du délai légal (5 % avant le 1^{er} trimestre et 0,5 % sans déclaration) sont plus souvent inactives que les autres des femmes ou de nationalité étrangère. Ainsi, 8,5 % des inactives ont déclaré leur grossesse au 2^e ou 3^e trimestre contre seulement 2,5 % des actives. De même, 4 % seulement des Françaises ont déclaré leur grossesse au 2^e ou 3^e trimestre en 2003, alors que ce retard concerne 10 % des femmes ayant la nationalité d'un pays d'Afrique du Nord et 21 % d'un pays d'Afrique subsaharienne.

Le professionnel ayant effectué la déclaration de grossesse est le plus souvent celui qui a réalisé la première consultation. Il s'agit d'un gynécologue et/ou obstétricien exerçant en ville (46 % des cas) et en maternité (28 % des cas). Le quart restant des grossesses est déclaré essentiellement par un médecin généraliste.

Les cadres recourent beaucoup plus souvent à un gynécologue ou un obstétricien libéral (64 %) que les femmes sans profession¹ (21 %) et les ouvrières non qualifiées (29 %). 37 % des grossesses des moins de 20 ans sont déclarées par des médecins généralistes (23 % en moyenne) et 4 % par des médecins de PMI (1 % pour l'ensemble des femmes).

■ VISITES PRÉNATALES ET SUIVI ÉCHOGRAPHIQUE

Pour une grossesse simple évoluant jusqu'à son terme (37 semaines d'aménorrhée), le nombre d'examen prénatal est fixé à sept par la réglementation. Pourtant, 6 % des femmes ayant déclaré leur grossesse au 1^{er} trimestre en

ont eu moins de sept. 23,8 % des femmes non scolarisées n'ont pas effectué ces sept visites, contre 4,4 % de celles qui ont un niveau d'études supérieur au bac. Par ailleurs, 19 % des femmes sans profession ont eu moins de sept visites, contre seulement 5 % des femmes cadres². Cela concerne également 8,5 % des femmes au foyer contre seulement 4,6 % des actives. Pour leur premier enfant, la part des femmes qui n'ont pas bénéficié des sept consultations prénatales est seulement de 4,8 %, mais cette proportion atteint 5,8 % au deuxième enfant, 7 % au troisième, 8 % au quatrième et 11,9 % au-delà. Les femmes ayant eu leur enfant avant 25 ans ou après 40 ans apparaissent moins bien suivies que les autres au regard du nombre de consultations prénatales.

Trois échographies sont actuellement conseillées, remboursées et systématiquement proposées à la femme enceinte, bien qu'elles ne revêtent pas de caractère obligatoire. En 2003, 97,7 % des femmes ayant accouché à terme ont eu au moins trois échographies, contre 96,7 % en 1998 et 90,6 % en 1995. 14 % des femmes non scolarisées ont eu moins de trois échographies contre 0,4 % de celles ayant un niveau d'études supérieur au bac. 7,4 % des femmes d'Afrique subsaharienne ont eu moins de trois échographies, ce qui ne concerne que 0,9 % des Françaises. En outre, 2,7 % des femmes attendant un troisième enfant ou plus ont eu moins de trois échographies, contre 0,7 % seulement des femmes attendant leur premier enfant. C'est également le cas de 3 % des femmes vivant seules, contre seulement 1,1 % des femmes vivant en couple. Enfin, 0,6 % seulement des professions intermédiaires (1,1 % des cadres) ont eu moins de trois examens, contre 7,8 % des femmes sans profession.

■ CLARTÉ NUCALE DU FŒTUS

Interrogées sur la réalisation d'une mesure de la clarté nucale à l'échographie du 1^{er} trimestre, 78 % des femmes ayant déclaré leur grossesse au 1^{er} trimestre ont répondu positivement³, 18 % ont déclaré ne pas savoir et 3 % ne pas avoir eu l'examen.

Si 90 % des femmes cadres et 88 % des professions intermédiaires savent qu'elles ont eu une mesure de clarté nucale, elles ne sont que 59 % parmi les ouvrières non qualifiées et 49 % de femmes sans profession dans ce cas. Le type de revenus fait également apparaître des disparités : 27 % des femmes dont les revenus du couple proviennent d'aides publiques déclarent ne pas savoir si elles ont bénéficié de cet examen, contre seulement 17 % des femmes dont les revenus sont issus d'une activité professionnelle. Un tiers des femmes au foyer ignore si l'examen a été réalisé contre 13 % des femmes en activité. Cela concerne aussi 30 % des femmes qui vivent seules contre 17 % de celles qui vivent en couple et 39 % des femmes d'Afrique du Nord (36 % d'Afrique subsaharienne) contre seulement 16 % des Françaises.

■ DÉPISTAGE SANGUIN DU RISQUE DE TRISOMIE 21 : 16 % DES FEMMES SANS PROFESSION IGNORENT SI CET EXAMEN A ÉTÉ RÉALISÉ

Au total, 80 % des femmes disent avoir bénéficié de ce dosage sanguin (68 % en 1998, un an après l'introduction de cet examen), 16,6 % disent ne pas l'avoir eu et 3,4 %, ne pas savoir s'il leur a été proposé.

4 % des femmes qui déclarent ne pas avoir bénéficié d'un dépistage sanguin du risque de trisomie 21 précisent que ce dosage biologique ne leur a pas été proposé (12 % des femmes sans profession contre seulement 2 % des cadres ou 3 % des professions intermédiaires). Par ailleurs, 6,1 % des femmes disent avoir refusé l'examen, notamment les cadres (8,8 %). Enfin, 3,1 % expliquent que la consultation a eu lieu trop tardivement pour faire le dosage sanguin et 2,3 % qu'une amniocentèse

1. Il s'agit des femmes sans profession ou de profession inconnue et dont le conjoint est sans profession.

2. En incluant toutes les grossesses, quel que soit le trimestre de déclaration, les chiffres de 2003 apparaissent proches de ceux de 1998 : 28,6 % des femmes sans profession et 5,5 % des cadres avaient eu moins de 7 visites prénatales, contre 27 % et 5 % en 2003.

3. La femme connaît cet examen et elle sait qu'elle en a effectivement bénéficié.

a été réalisée d'emblée (dans 80 % des cas, ces femmes ont plus de 38 ans).

16% des femmes sans profession et 9 % des ouvrières ne savent pas si cet examen a été réalisé contre 1% des femmes cadres ou des professions intermédiaires. Cette situation touche aussi 20% des femmes d'Afrique du Nord et subsaharienne, mais seulement 2 % des Françaises. Enfin, c'est le cas de 8 % des femmes vivant seules et 3 % parmi celles en couple.

60,4% des femmes ayant 38 ans ou plus ont bénéficié d'un prélèvement pour la réalisation du carotype fœtal (dans la majorité des cas une amniocentèse), mais 10,6 % des femmes de 38 ans ou plus n'ont eu ni dosage des marqueurs sériques ni prélèvement pour réalisation du carotype fœtal. Elles étaient 14,6 % dans ce cas en 1998, mais la réalisation des marqueurs sériques maternels était alors encore en cours d'extension et peut sans doute expliquer cette différence. Les femmes de 38 ans ou plus n'ayant eu ni amniocentèse ni dosage sanguin sont plus souvent de nationalité étrangère (45,7 % d'entre elles contre 11,6% pour les autres femmes de 38 ans ou plus), moins diplômées (10,4 % non scolarisées contre 1,3 %), vivent moins souvent en couple (87,4 % contre 92,7 %) et sont moins bien suivies : 26 % d'entre elles ont eu moins de sept visites prénatales contre 9,3 % des autres femmes de 38 ans ou plus. ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA FICHE • DREES

synthèse

Les femmes qui ont déclaré leur grossesse au-delà du délai réglementaire (4%) ont plus souvent la nationalité d'un pays d'Afrique subsaharienne (21 % contre 4 % des Françaises). Le recours à un gynécologue ou obstétricien libéral pour déclarer la grossesse concerne davantage les cadres (64 % d'entre elles contre 29 % des ouvrières non qualifiées). La part des femmes qui n'ont pas eu les sept visites prénatales réglementaires (6% des femmes interrogées) atteint 23,8% chez celles qui ne sont pas scolarisées et 4,4% chez celles qui ont au moins un baccalauréat. Les femmes qui ont effectué moins de trois échographies (2,4 %) sont plutôt des femmes non scolarisées et ressortissantes d'un pays d'Afrique subsaharienne (12,3% contre 2 % des Françaises). Concernant la mesure de la cote de risque de trisomie 21, les ouvrières apparaissent également moins bien informées que les cadres. Enfin, 10 % des femmes de 38 ans ou plus n'ont bénéficié d'aucun dépistage ni diagnostic de la trisomie 21.

Tableau 1 • Visites prénatales et échographies

	Probabilités d'avoir eu... (odds ratio)	
	...moins de 7 visites prénatales	...moins de 3 échographies
Âge		
moins de 20 ans	ns	
20 à 24 ans	1,3	
25 à 29 ans	1,3	
30 à 34 ans	réf	
35 à 39 ans	1,4	
40 ans ou plus	ns	
Nationalité		
France		réf
Europe		ns
Afrique du nord		2,4
Afrique autres pays		4,3
Autres nationalités		5,1
Situation de famille		
Vie en couple		réf
Pas vie de couple		1,8
Rang de la naissance		
Rang 1	réf	réf
Rang 2	1,3	ns
Rang 3	1,4	2,6
Rang 4 et plus	1,7	3,2
Niveau d'étude		
Non scolarisée	3,8	3,5
Primaire	ns	2,5
Secondaire	réf	réf
Bac ou plus	0,7	ns
Activité		
Emploi	réf	
Au foyer	1,4	
Étudiante	ns	
Chômage	ns	
Autre	ns	
Profession*		
Agriculteur	ns	ns
Artisan	ns	ns
Cadre	ns	ns
Profession intermédiaire	réf	réf
Employé	ns	ns
Ouvrier non qualifié	ns	ns
Ouvrier qualifié	ns	ns
Sans profession	2,3	ns
Services	ns	0,4

* Si la femme est sans profession ou de profession inconnue, c'est celle du conjoint qui est précisée.

Champ : Femmes en métropole, naissances à terme et grossesse déclarée au premier trimestre.

Sources : Enquête nationale périnatale 2003.

RÉFÉRENCES •

- Blondel B., Supernant K., Du Mazaubrun C., Breart G., 2005, « Enquête nationale périnatale 2003 – situation en 2003 et évolution depuis 1998 », Rapport, ministère des Solidarités de la Santé et de la Famille, Institut national de la santé et de la recherche médicale.
- Vilain A., De Peretti C., Herbet J.-B., 2005, « Enquête nationale périnatale 2003 – compléments de cadrage : les disparités sociales en matière de santé périnatale et apports des autres sources », Rapport, ministère des Solidarités de la Santé et de la Famille, Institut national de la santé et de la recherche médicale.
- Vilain A., De Peretti C., Herbet J.-B. et Blondel B., 2005, « La situation périnatale en France en 2003. Premiers résultats de l'enquête nationale périnatale », *Études et Résultats*, DREES, n° 383, mars
- Scheidegger S., Vilain A., 2007, « Disparités sociales et surveillance de grossesse », *Études et Résultats*, DREES, n° 552, janvier.

méthodologie

Les enquêtes nationales périnatales sur la morbidité et les pratiques médicales font partie des plans Périnatalité, définis par le ministère chargé de la Santé en 1994 et en 2004. Elles ont lieu à intervalles réguliers, tous les trois à cinq ans (1995, 1998 et 2003). Elles recueillent des informations sur l'état de santé, les soins périnataux et les facteurs de risque liés à une mauvaise situation sanitaire environnant la naissance, à partir d'un échantillon représentatif des naissances. Comme en 1995 et 1998, l'enquête 2003 porte sur tous les enfants français nés vivants ou morts dans les maternités publiques et privées, à condition que la naissance soit arrivée après au moins 22 semaines d'aménorrhée ou que l'enfant (ou le fœtus) pèse au moins 500 grammes à la naissance. En cas de naissances multiples, chaque enfant répondant à cette définition a été pris en compte. Au total, l'échantillon comprenait 15 378 enfants, dont 14 737 enfants nés en métropole et 641 dans les départements d'outre-mer (DOM). Compte tenu des naissances multiples, l'échantillon concernait 15 108 femmes, dont 14 482 en métropole et 626 dans les DOM.

Pour chaque femme, les informations relatives à l'accouchement et l'état de santé de l'enfant à la naissance ont été collectées à partir des dossiers médicaux. Ces mères ont par ailleurs été interrogées avant leur sortie de la maternité. Si l'enfant était mort-né ou s'il s'agissait d'une interruption médicale de grossesse, seules les informations contenues dans le dossier étaient recueillies.

Les questions portaient sur les caractéristiques sociodémographiques des parents, les modalités et délais de survenue de la grossesse, la surveillance prénatale et les dépistages réalisés, l'accessibilité de la maternité, l'accouchement, l'état de santé des enfants et les transferts. En 2003, une fiche supplémentaire a été remplie par chacun des 616 établissements enquêtés.

L'enquête a été réalisée avec la participation de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), de chaque département – par l'intermédiaire du service de protection maternelle infantile (PMI) ou parfois des directions départementales et régionales des affaires sociales (DDASS et DRASS), de la Direction générale de la santé (DGS), qui a financé une partie de cette enquête, et de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES).

Pratiques de l'allaitement maternel

L'allaitement maternel est recommandé au niveau international par l'OMS et l'Unicef en raison de ses bénéfices sur la santé de la mère et de l'enfant (encadré). Cette question est particulièrement importante dans les pays en développement, où l'accès et l'utilisation des formules lactées pour nourrissons sont problématiques. Dans les pays industrialisés, l'allaitement maternel est également recommandé pendant si possible deux ans, avec les six premiers mois de façon exclusive, en raison de son effet préventif sur les infections gastro-intestinales chez l'enfant, voire de la sphère ORL. D'autres bénéfices préventifs pour l'enfant sont évoqués de façon moins consensuelle : asthme, surpoids, mort subite du nourrisson, diabète, développement cognitif... Pour la mère, au-delà des bénéfices à court terme en suites de couche, son association avec un risque moindre de cancer du sein a conduit le Fonds mondial de recherche contre le cancer à le recommander également.

Ces recommandations ont été reprises par la Haute Autorité de santé (HAS) pour la France. La promotion de l'allaitement maternel fait partie des objectifs spécifiques du Programme national nutrition santé (PNNS). Les pratiques d'allaitement peuvent être décrites selon plusieurs dimensions : initiation dans les premiers jours de vie, durée totale de pratique, et exclusivité, suivant les recommandations et définitions de l'OMS.

ment interprétables en raison de la qualité très variable des certificats du 8^e jour selon les départements. Elles recouvrent aussi des variations sociodémographiques et de pratiques en maternité. D'après l'enquête périnatale conduite en 2003, les femmes initiant le plus fréquemment un allaitement en France étaient statistiquement plus âgées (près de 64% chez les 25 ans et plus contre 57% chez les moins de 25 ans) et primipares (69% contre moins de 60% chez les multipares). Les femmes de niveau scolaire primaire ou supérieur au baccalauréat sont également en proportion plus élevées (à plus de 70%) à allaiter que celles d'un niveau d'études intermédiaire (entre 50% et 60%). Enfin, les femmes d'origine étrangère allaitent beaucoup plus fréquemment que les femmes nées en France (plus 80% contre environ 60%). Après la prise en compte simultanée de l'ensemble de ces caractéristiques, l'allaitement maternel demeure plus élevé chez les primipares, les femmes de niveau d'études élevé et les femmes de nationalité étrangère.

■ PLUS DE SIX FEMMES SUR DIX ONT INITIÉ UN ALLAITEMENT EN 2003

Les enquêtes nationales périnatales ont fourni jusque récemment des informations régulières sur l'initiation de l'allaitement en maternité en France. Elles montrent une augmentation des pourcentages de femmes pratiquant l'allaitement dans les premiers jours de vie jusque dans les années 2000. De 36,6% en 1972, le pourcentage est passé à 51,6% dans l'enquête nationale périnatale de 1995, 52,5% en 1998, puis à 62,6% en 2003 (graphique 1). La France fait partie des pays dans lesquels l'allaitement est le moins fréquemment initié en Europe où les pourcentages varient très fortement : en 2004, il concernait plus de 95% des enfants nés dans les pays de l'Europe du Nord, tels que la Suède, mais seulement 46% en Irlande. Il est à noter que les données sur l'allaitement maternel sont collectées en routine dans un nombre limité de pays européens.

■ L'INITIATION DE L'ALLAITEMENT EST VARIABLE SELON LES RÉGIONS ET LES CARACTÉRISTIQUES DES FEMMES

De fortes variations régionales des pratiques sont observées dans l'enquête nationale périnatale de 2003. Le taux d'allaitement maternel variait d'environ 80% à Paris et en Petite Couronne à 43% en Picardie (carte 1). Il existe des régions à très fort taux d'allaitement maternel (Ile-de-France, Rhône-Alpes, PACA, Alsace et Franche-Comté) et d'autres à très faible taux (Haute-Normandie, Nord-Pas de Calais, Auvergne, Pays de la Loire et Picardie). Ces tendances sont retrouvées dans les «certificats du 8^e jour», disponibles en données agrégées au niveau départemental. En 2004, moins de la moitié des enfants ont été allaités dans des départements tels que le Pas-de-Calais, l'Allier, la Somme, l'Aisne, le Cantal, tandis que les plus forts taux sont rapportés en Ile-de-France où l'allaitement concerne près de trois quarts des enfants. Ces disparités sont difficile-

■ DE PLUS EN PLUS DE FEMMES FONT LE CHOIX D'UN ALLAITEMENT EXCLUSIF

L'information quant à la pratique de l'allaitement exclusif n'est disponible que pour les premiers jours de vie. Selon les enquêtes nationales périnatales, le taux d'allaitement exclusif est passé de 40,5% en 1995, à 45,0% en 1998, puis à 56,5% en 2003, signifiant une part de moins en moins importante de l'allaitement mixte chez les femmes qui initient un allaitement. Interpréter ces résultats en maternité est difficile, car l'usage de biberons de complément est assez fréquent quoique ponctuel.

■ LA PÉRIODE D'ALLAITEMENT DURE DANS 50% DES CAS, LE TEMPS DU CONGÉ DE MATERNITÉ

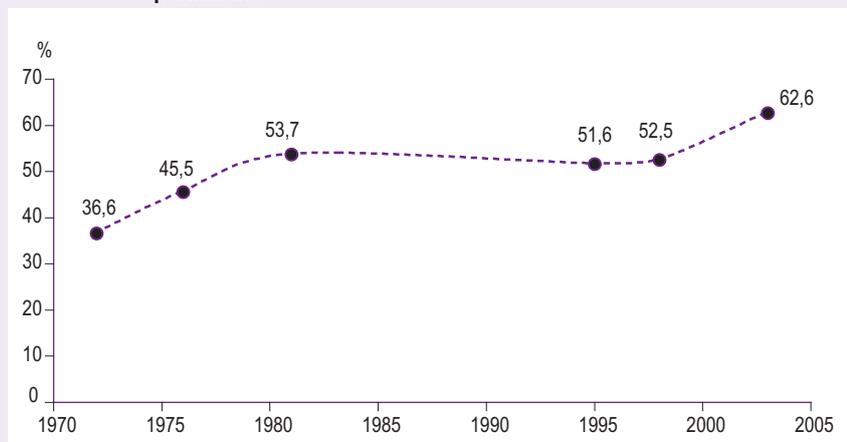
D'après diverses études régionales, la durée médiane de l'allaitement est estimée à 10 semaines, sans évolution récente vraisemblablement. Cette durée est en effet cohérente avec la durée légale du congé maternité, de 12 semaines après la naissance. Les facteurs associés à la durée de l'allaitement sont proches de ceux décrits pour l'initiation de l'allaitement. ●

synthèse

Actuellement, les deux tiers des femmes initient un allaitement maternel à la maternité alors qu'elles n'étaient qu'un tiers d'ans les années 1970. L'allaitement exclusif à la maternité concernerait la moitié des enfants en 2003, ce qui est très insuffisant en regard des recommandations. La durée médiane d'allaitement est estimée à 10 semaines, mais force est de reconnaître que les données nationales manquent à ce sujet. D'importantes variations régionales sont relevées, probablement dues en partie aux pratiques en maternité et aux caractéristiques sociodémographiques des femmes. La promotion de l'allaitement maternel pourrait comprendre une stratégie nationale pour favoriser cette pratique dans la population, tout en incluant des programmes ciblés sur certaines régions et certains groupes de femmes qui allaitent peu.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA FICHE •
USEN (InVS - Paris 13 - CNAM) –
INSERM U953

Graphique 1 • Enfants allaités à la maternité d'après les enquêtes nationales périnatales



Champ : France métropolitaine.

Sources : Enquêtes nationales périnatales (INSERM-DREES).

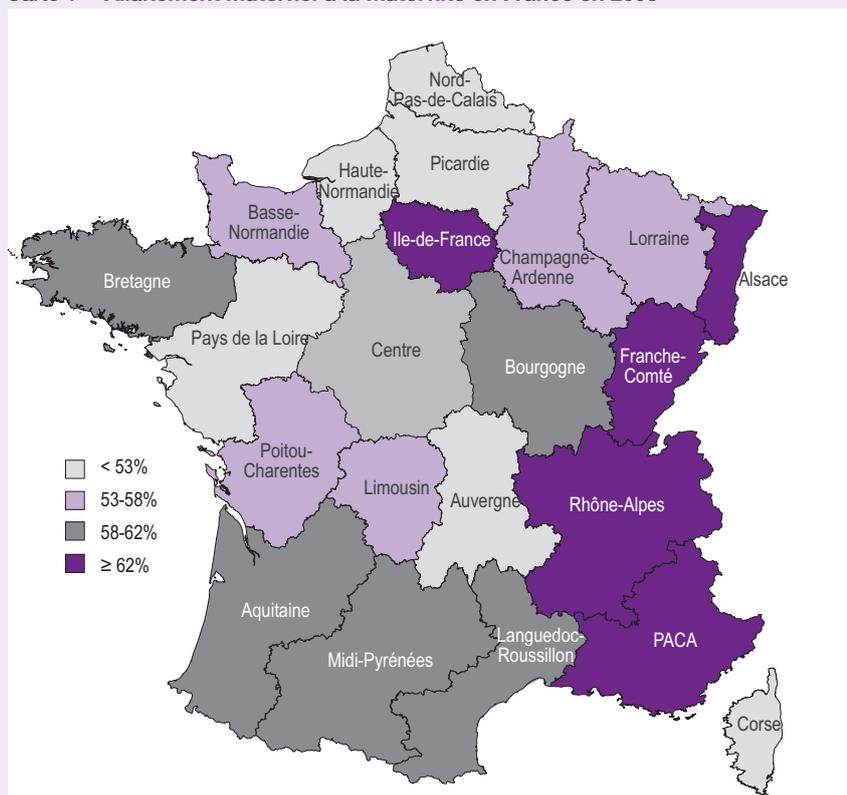
Description et recommandations de l'allaitement maternel

encadré

L'allaitement maternel est recommandé si possible, pendant les deux premières années de vie de l'enfant. Les femmes sont particulièrement encouragées à le pratiquer pendant les six premiers mois de façon exclusive. L'allaitement exclusif est défini, d'après les recommandations internationales, par l'ingestion de lait maternel sans qu'aucun autre aliment, ni boisson (y compris l'eau ou le lait maternisé) ne soit donné à

l'enfant (les vitamines et médicaments étant admis). L'allaitement partiel inclut la prise de lait maternel et de formules lactées infantiles du commerce. Par ailleurs, il est recommandé de ne commencer la diversification alimentaire (introduction progressive de tout autre aliment que du lait, qu'il soit maternel ou une formule lactée adaptée) qu'à partir des six mois de l'enfant. À ce sujet, des recommandations détaillées ont été fournies dans le cadre du PNNS.

Carte 1 • Allaitement maternel à la maternité en France en 2003



Champ : France métropolitaine.

Sources : Enquête nationale périnatale 2003. Exploitation INSERM U953.

CHAMP • France métropolitaine.

SOURCES • Enquêtes nationales périnatales (INSERM – DREES – DGS). Toutes les naissances (ensemble des enfants ayant au moins 22 semaines d'aménorrhée ou pesant au moins 500 grammes à la naissance) une semaine donnée, sur l'ensemble du territoire français.

MODE DE CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • Nombre d'enfants allaités au sein à la maternité. Nombre d'enfants allaités de façon exclusive.

LIMITES D'INTERPRÉTATION • Recueil des données uniquement en maternité, qui ne permet pas d'avoir des données nationales sur la poursuite de l'allaitement maternel après le retour à la maison.

BIAS CONNUS • Surestimation probable de l'allaitement maternel exclusif selon la définition de l'OMS.

RÉFÉRENCES •

- Euro-Peristat Project, en collaboration avec SCPE, Eurocat, EuroNeoStat, 2008, *European Perinatal Health Report*, www.europeristat.com
- Blondel B., Bréart G., du Mazaubrun C. *et al.*, 1997, « La situation périnatale en France. Évolution entre 1981 et 1995. », *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 26: 770-980.
- Blondel B., Supernant K., de Mazaubrun C., Bréart G., 2005, « Enquête nationale périnatale 2003 – Situation en 2003 et évolution depuis 1998, rapport INSERM U.149/DREES. www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/perinat03/sommaire.htm
- Bonet M., Fioix L., Hélias L., Blondel B., 2008, « Allaitement maternel exclusif et allaitement partiel en maternité : la situation en France en 2003 », *Arch Pediatr*, 15:1407-15.
- Bonet M., Kaminski M., Blondel B., 2007, « Differential trends in breastfeeding according to maternal and hospital characteristics : results from the French National Perinatal Surveys », *Acta Paediatr*, 96: 1290-5.
- Castetbon K., Duport N., Hercberg S., 2004, « Bases épidémiologiques pour la surveillance de l'allaitement maternel en France », *Rev Epidemiol Sante Publique*, 52: 475-83.
- Rumeau-Rouquette C., Crost M., Bréart G., du Mazaubrun C., 1980, « Évolution de l'allaitement maternel en France de 1972 à 1976 », *Arch Fr Pediatr*, 37: 331-5.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • INSERM-DREES.

Retour à l'emploi après une naissance

En France, le taux d'emploi des femmes sans enfant est élevé et proche de celui des hommes (respectivement 80 % et 90 % en 2007). Celui des mères reste important, relativement à d'autres pays Européens, mais diminue fortement avec le nombre d'enfants. Ainsi le taux d'emploi des femmes en couple avec un enfant est de 80 % contre 93 % pour les hommes, avec deux enfants il est respectivement de 77 % contre 94 % et avec trois enfants, ce taux passe à 56 % contre 90 %. Les naissances sont un moment charnière dans la carrière des femmes et l'arrivée d'un enfant est aussi l'occasion d'un ajustement entre engagements familiaux et professionnels. En effet, pour les nouveaux parents, le temps de travail ou l'investissement au travail peuvent être redéfinis à l'occasion de chaque naissance prenant en compte le resserrement des contraintes de temps, le positionnement sur le marché du travail, mais aussi le type d'emploi. Cependant, ces ajustements ne sont pas symétriques entre hommes et femmes et varient fortement selon le nombre d'enfants. Deux types d'indicateurs sont présentés ici : d'une part, la transition professionnelle après une naissance et, d'autre part, la durée entre la naissance et le retour à l'emploi pour les femmes qui ont interrompu leur carrière.

■ UN AN APRÈS UNE NAISSANCE, LA MOITIÉ DES FEMMES CHANGE DE SITUATION PROFESSIONNELLE

Près de quatre femmes en emploi sur dix connaissent une modification de leur activité professionnelle après une première naissance, elles sont près de six sur dix au troisième enfant (tableau 1). Pour les hommes, au contraire, l'impact des naissances sur la situation professionnelle est faible et varie peu au fil des naissances. Dans l'année qui suit la première naissance, 12 % des mères des générations de 1955 à 1985 ont quitté leur emploi. Cette proportion s'élève à 18 % pour une deuxième naissance et 43 % lors de la troisième. Elles sont 7 % à avoir opté pour un emploi à temps partiel près la naissance de leur premier enfant, 13 % et 10 % après celles de leurs deuxième et troisième enfants. Au-delà de ces mobilités assez connues, près d'un sixième des femmes connaissent d'autres types de transitions professionnelles. Toutes naissances confondues, elles sont 5 % à avoir changé de poste ou d'emploi sans avoir modifié leur activité ou leurs responsabilités, 4 % à

avoir diminué leur activité ou responsabilités et 3 % à avoir remanié leurs horaires sans faire varier leur durée de travail ; *a contrario*, 2 % de femmes ont augmenté leur activité ou leurs responsabilités. Lorsqu'ils connaissent une transition, les hommes déclarent le plus souvent avoir changé de poste ou d'emploi sans modification de leur niveau d'activité, ou avoir accru leurs responsabilités.

■ APRÈS UNE PREMIÈRE NAISSANCE, UNE INTERRUPTION D'EMPLOI DE COURTE DURÉE POUR LA PLUPART DES MÈRES

Pour les mères occupant un emploi avant une naissance, les interruptions sont pour la majorité de courte durée (graphique 1). Après la naissance du premier enfant, au bout d'un an et demi, la moitié des femmes qui avaient interrompu leur activité professionnelle ont déjà repris un emploi. La même proportion est atteinte au bout d'un peu plus de deux ans pour les deuxième ou troisième enfants. Après la première naissance, une partie des mères s'arrêtent cependant durablement : un quart

n'a toujours pas repris d'emploi au bout de cinq ans. Pour celles qui travaillent avant la deuxième ou la troisième naissance, les retours à l'emploi sont davantage concentrés autour des trois ans de l'enfant.

En France, depuis 1994, l'extension de l'allocation parentale d'éducation (APE) aux parents de deux enfants a provoqué un rallongement de la durée des interruptions d'activité des femmes à la deuxième naissance. Si les naissances les plus récentes donnent lieu à des interruptions d'activité plus courtes pour les premier et troisième enfants, cette tendance générationnelle à la reprise rapide d'activité a ainsi été neutralisée depuis 1994 pour les deuxièmes naissances. Une partie des mères attend désormais les trois ans de l'enfant (fin de la perception de l'APE et entrée à l'école) pour reprendre leur activité professionnelle. Après trois ans, elles sont en revanche plus enclines à reprendre un emploi que leurs aînées.

■ UN EFFET DE L'ÂGE DU PLUS JEUNE ENFANT SUR LA SITUATION PROFESSIONNELLE DES FEMMES

L'effet de l'âge des enfants est donc un facteur important à prendre en compte tout autant que le nombre d'enfants à charge. Parmi les femmes vivant en couple et dont les enfants sont âgés de plus de trois ans, le taux d'activité passe de 82,3 % pour les mères ayant un enfant à 70,3 % pour celles ayant trois enfants ou plus à charge. En revanche, la même observation parmi les couples ayant au moins un enfant de moins de trois ans révèle des taux d'activité féminine qui oscillent entre 80,6 % avec un enfant et 39 % avec trois enfants (tableau 2). Un arbitrage s'opère donc pour ces mères de famille nombreuse qui sortent massivement du marché du travail. Par contre, lorsque le plus jeune d'une fratrie de trois enfants a fêté son troisième anniversaire, elles sont plus de 30 % à travailler à temps partiel et 7 % à rechercher un emploi.

Pour les femmes qui ne sont pas en couple, le fait d'avoir au moins un enfant à charge tend à renforcer la présence des femmes sur le marché du travail (le taux d'activité augmente de 78,3 % à 82,0 % entre 0 et 1 enfant à charge). ●

synthèse

En France, la charge de la conciliation entre vie familiale et vie professionnelle repose essentiellement sur les femmes. Ce sont essentiellement elles qui réaménagent leur emploi du temps après une naissance ou qui mettent en écart leurs ambitions professionnelles. Même si les mères continuent majoritairement à travailler après une naissance, l'extension de l'allocation parentale d'éducation (APE) au deuxième enfant depuis 1994 a ralenti cette tendance en augmentant sensiblement le nombre de femmes interrompant leur carrière après une deuxième naissance. Comparativement aux autres pays européens, la France occupe une position intermédiaire au niveau de la durée des interruptions d'activité après une naissance.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA FICHE •
INED, UR09

Tableau 1 • Types de transitions professionnelles un an après une naissance, selon le sexe et le rang de naissance

	Femmes				Hommes				En %
	Total	Rang 1	Rang 2	Rang 3	Total	Rang 1	Rang 2	Rang 3	
Pas de changement	50,2	65,9	57,7	37,1	79,6	77,7	83,1	81,7	
Sortie (inactivité, congé parental, chômage)	26,1	12,1	18,4	43,0	2,6	2,8	2,1	2,6	
Activité ou responsabilités réduites	4,1	2,3	3,7	2,8	1,1	0,3	0,7	1,3	
Baisse du temps de travail	8,9	6,5	12,5	10,3	0,5	0,1	0,4	0,6	
Modification d'horaires sans variation de durée	3,2	2,1	1,6	1,9	2,8	1,7	1,8	2,3	
Changement de poste/d'emploi sans variation d'activité	5,2	9,3	4,8	3,5	8,3	12,2	7,0	7,1	
Activité ou responsabilités accrues	2,4	1,8	1,3	1,5	5,2	5,4	4,8	4,4	

Champ : France métropolitaine ; pères et mères des générations 1955-1985 (âgés de 20 à 49 ans à l'enquête) en emploi avant la naissance.

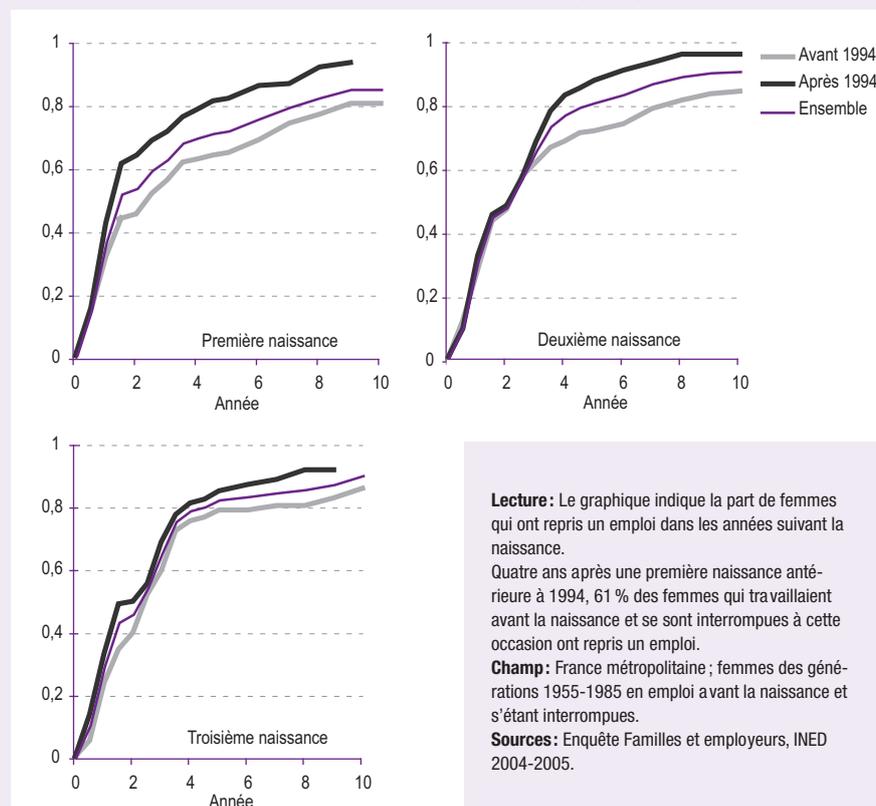
Sources : Enquête Familles et employeurs, INED 2004-2005.

CHAMP • France métropolitaine ; pères et mères des générations 1955-1985 (âgés de 20 à 49 ans à l'enquête) en emploi avant la naissance.

SOURCES • Enquête Familles et employeurs, INED 2004-2005.

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • On étudie les répercussions de la venue de chaque enfant sur la trajectoire professionnelle des actifs occupés avant la naissance des générations 1955-1985. Les données sont issues de l'enquête Familles et employeurs de l'INED, menée en collaboration avec INSEE en 2004-2005. Il s'agit d'une double enquête réalisée en France métropolitaine auprès de 9 745 hommes et femmes âgés de 20 à 49 ans et de leur employeur éventuel. Les données du volet famille sont exploitées ici, en particulier le calendrier rétrospectif des événements familiaux et professionnels depuis les 18 ans de l'enquêté. L'indicateur du type de transition professionnelle connu après une naissance a été construit à partir des réponses à plusieurs questions sur la situation et les changements professionnels autour de la naissance. La fréquence cumulée des reprises d'emploi est calculée par un modèle de durée non paramétrique (courbe de Kaplan-Meier), qui permet de tenir compte des individus « censurés à droite » au sens statistique (c'est-à-dire les individus ne pouvant être observés sur toute la période).

Graphique 1 • Fréquence cumulée des reprises d'un emploi après la naissance



Lecture : Le graphique indique la part de femmes qui ont repris un emploi dans les années suivant la naissance. Quatre ans après une première naissance antérieure à 1994, 61 % des femmes qui travaillaient avant la naissance et se sont interrompues à cette occasion ont repris un emploi.
Champ : France métropolitaine ; femmes des générations 1955-1985 en emploi avant la naissance et s'étant interrompues.
Sources : Enquête Familles et employeurs, INED 2004-2005.

RÉFÉRENCES •

- Algava E., Bressé S., 2005, « Les bénéficiaires de l'allocation parentale d'éducation : trajectoires d'activité et retour à l'emploi », *Études et Résultats*, n° 399, DREES.
- Chardon O., Daguet F., 2008, « Enquêtes annuelles de recensement 2004 à 2007. L'activité des femmes est toujours sensible au nombre d'enfants », *INSEE Première*, n° 1171.
- Pailhé A., Solaz A., 2006, « Vie professionnelle et naissance : la charge de la conciliation repose essentiellement sur les femmes », *Population et sociétés*, n° 426.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • INED.

L'allocation parentale d'éducation (APE)
 Créée en 1985 et destinée à l'un ou l'autre des parents de trois enfants, dont l'un a moins de trois ans, l'APE a été étendue depuis juillet 1994 aux familles de deux enfants. L'allocation, d'un montant maximum de 496 euros en 2003, est versée aux hommes ou aux femmes qui souhaitent se consacrer à l'éducation de leurs enfants, pour compenser en partie la perte de revenu liée à la cessation d'activité ou à la réduction d'activité (temps partiel). Le bénéficiaire est par ailleurs assuré de retrouver son poste à l'issue de l'arrêt. En 2003, 562 500 familles en étaient bénéficiaires. Depuis le 1^{er} janvier 2004, l'APE a été rebaptisée « complément de libre choix d'activité » dans le cadre de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE). Elle peut désormais être octroyée dès le premier enfant pour une durée maximale de six mois.

définition

Tableau 2 • Activité, emploi et chômage selon la situation familiale et le nombre d'enfants en 2007

	En %							
	Taux d'activité		Dont				Au chômage	
	Femmes	Hommes	À temps complet		À temps partiel		Femmes	Hommes
En couple	77,4	91,8	48,7	84,5	23,3	3,1	5,4	4,2
Sans enfant	76,4	84,9	53,3	76,6	17,9	3,8	5,5	4,5
1 enfant de moins de 3 ans	80,6	97,7	53,6	88,0	19,1	3,9	7,9	5,7
2 enfants dont au moins 1 de moins de 3 ans	61,3	96,8	31,7	88,5	25,1	3,3	4,5	5,0
3 enfants ou plus dont au moins 1 de moins de 3 ans	39,0	96,6	17,3	87,7	19,1	3,7	2,6	5,2
1 enfant de 3 ans ou plus	82,3	92,3	54,5	85,8	22,6	2,7	5,2	3,7
2 enfants de 3 ans ou plus	85,0	95,8	50,7	90,7	29,9	2,1	4,4	3,0
Au moins 3 enfants de 3 ans ou plus	70,3	95,0	33,1	86,6	30,2	3,3	7,0	5,1
Pas en couple	79,8	83,6	56,2	69,9	15,8	5,2	7,8	8,5
Sans enfant	78,3	82,8	58,9	69,0	13,7	5,3	5,8	8,5
Un enfant ou plus	82,0	91,4	52,3	79,4	19,0	4,1	10,7	8,0
Ensemble	78,0	89,9	50,6	81,1	21,4	3,6	6,0	5,2

Champ : France métropolitaine, population des ménages, personnes de 15 à 59 ans (âge au 31 décembre).
 Sources : INSEE, enquête Emploi du 1^{er} au 4^e trimestre 2007.

maladies infectieuses



Infection VIH - Sida

L'objectif fixé dans la loi de santé publique qui est de « réduire l'incidence des cas de sida à 2,4 pour 100 000 habitants en 2008 » est également l'un des objectifs du programme national de lutte contre le VIH/sida et les infections sexuellement transmissibles 2005-2008. Les indicateurs principaux de suivi de cet objectif sont l'incidence des cas de sida et l'incidence des nouveaux diagnostics d'infection VIH, construits à partir des données de la déclaration obligatoire du sida et de celles de l'infection par le VIH. Le choix de ces deux indicateurs est lié au fait que la surveillance du sida permet de disposer de tendances longues, mais que depuis l'arrivée des puissantes associations thérapeutiques en 1996, l'incidence diagnostics d'infection à VIH rend mieux compte de la dynamique de l'épidémie. 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. Leur 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 PROPORTION DE FEMMES ATTEINTES DE SIDA A PRESQUE DOUBLÉ EN 20 ANS

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.

L'observation des tendances sur les 20 dernières années montre une augmentation progressive de la proportion de femmes diagnostiquées chaque année, qui a doublé entre 1987 et 2006 (de 14 % à 31 %) (graphique 1). Alors que le nombre annuel de cas de sida chez les femmes avait atteint un pic en 1994 avec près de 1 200 diagnostics cette année-là, une diminution très importante a été observée en 1996 (environ 800 diagnostics) et en 1997 (environ 500), du fait de l'introduction des puissantes associations d'antirétroviraux. Depuis cette date, le nombre de cas féminins de sida a très faiblement diminué, tandis que le nombre de cas a été divisé par deux chez les hommes. En 2006, l'incidence du sida chez les femmes est de 1,2 pour 100 000 (contre 2,9 chez les hommes).

Cette faible diminution observée sur les dix dernières années cache néanmoins une augmentation du nombre de cas de sida chez les femmes de nationalité étrangère entre 1998 et 2002 (non observée chez les hommes étrangers et chez les personnes de nationalité française). Depuis 2002, le nombre de cas diminue dans tous les groupes, mais de façon moins marquée chez les femmes étrangères.

Depuis 2001, parmi les cas de sida féminins, plus d'un sur deux est diagnostiqué chez une

femme de nationalité étrangère et les trois quarts d'entre elles sont de nationalité d'un pays d'Afrique subsaharienne. En 2006, l'incidence du sida est de 85 pour 100 000 chez les femmes africaines (contre 0,5 chez les femmes françaises).

■ LA DÉCOUVERTE DE SÉROPOSITIVITÉ VIH CONCERNE PLUS FORTEMENT DES FEMMES DE NATIONALITÉ ÉTRANGÈRE

Les données de la déclaration obligatoire du VIH confortent celles de la surveillance du sida. En 2006, les femmes représentent 36 % des découvertes de séropositivité. La moitié de ces femmes sont de nationalité d'un pays d'Afrique subsaharienne (en majorité du Cameroun et de Côte d'Ivoire) et un quart sont de nationalité française. Les femmes d'Afrique subsaharienne vivent, dans la majorité des cas, en Île-de-France (57 %), tandis que 31 % des femmes françaises y sont domiciliées. Les départements français d'Amérique concentrent 47 % des femmes de nationalité étrangère non africaines.

L'incidence des découvertes de séropositivité est de 6,9 pour 100 000 femmes en 2006 (502 chez les femmes africaines et 1,7 chez les femmes françaises). En termes de tendance, le nombre de femmes ayant découvert leur séropositivité diminue depuis 2003, de façon assez comparable chez les femmes de nationalités étrangère et française.

La quasi-totalité des femmes ont été contaminées par rapports hétérosexuels, une proportion minimale ayant été contaminée suite à un partage de seringues (3 % des femmes françaises).

■ LA GROSSESSE REPRÉSENTE UNE OPPORTUNITÉ DE DIAGNOSTIC RELATIVEMENT PRÉCOCE CHEZ LES FEMMES AFRICAINES

Les femmes sont plus jeunes que les hommes au moment de la découverte de séropositivité (respectivement 35 ans et 39,5 ans). La grossesse représente une opportunité de diagnostic de l'infection plus fréquente pour les femmes africaines (pour 22 % d'entre elles) que pour les femmes françaises (9 %).

■ L'ACCÈS AU DÉPISTAGE POUR LES POPULATIONS LES PLUS VULNÉRABLES S'AMÉLIORE

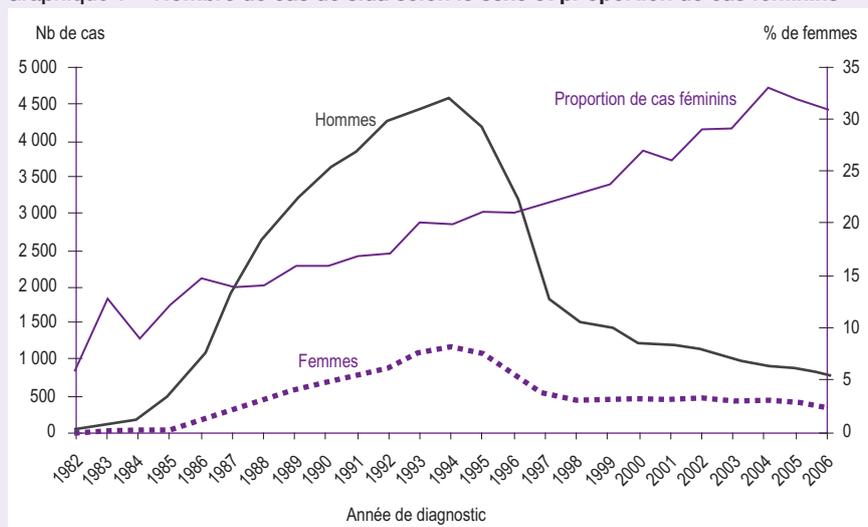
Parmi les femmes ayant découvert leur séropositivité VIH en 2006, 12 % étaient à un stade clinique de sida (contre 15 % chez les hommes). Ce pourcentage est un peu plus élevé chez les femmes françaises (16 %) que chez les femmes d'Afrique subsaharienne (12 %) (tableau 1). Par ailleurs, il est resté stable chez les femmes françaises entre 2003 et 2006, alors qu'il a diminué chez les femmes africaines (de 16 % à 12 %), ce qui permet de dire que l'accès au dépistage s'est amélioré dans cette population.

En 2006, parmi les découvertes de séropositivité chez les femmes, 14 % étaient des infections récentes, datant de moins de six mois. La proportion d'infections récentes est moins élevée chez les femmes d'Afrique subsaharienne (9 %) que chez les femmes françaises (25 %), ce qui s'explique pour les personnes migrantes par le délai entre contamination et arrivée en France qui les empêche d'être dépistées dans les six premiers mois.

■ LA PRÉVALENCE DES CO-INFECTIONS VIH ET HÉPATITES CHRONIQUES CHEZ LES FEMMES DIFFÈRE PEU DE CELLE OBSERVÉE CHEZ LES HOMMES

L'enquête transversale réalisée en 2004 auprès de services de court séjour a permis d'estimer la prévalence de l'hépatite C chronique (ARN VHC positif) à 17,6 % (IC 95 % = 14,1-26,6) chez les femmes séropositives pour le VIH. La prévalence de l'hépatite B chronique (Ag HBs positif) a été estimée à 4 % (IC 95 % = 2,7-5,8). Ces prévalences sont proches de celles estimées chez les hommes. ●

Graphique 1 • Nombre de cas de sida selon le sexe et proportion de cas féminins



Champ : France entière.

Sources : InVS, données au 30/06/2007 redressées pour les délais de déclaration.

CHAMP • France entière.

SOURCES • Déclarations obligatoires de sida (mise en place en 1986) et d'infection à VIH (mise en place en 2003), disponibles tous les trimestres.

LIMITES ET BIAS • Pour l'interprétation des tendances des découvertes de séropositivité, très dépendantes des pratiques de dépistage (et des flux migratoires pour les populations étrangères) ; retards de déclaration corrigés par des calculs de redressement pour tenir compte des délais de déclaration, sous-déclaration corrigée en tenant compte de l'estimation du taux d'exhaustivité.

RÉFÉRENCES •

- Rapport : *Lutte contre le VIH/Sida et les infections sexuellement transmissibles. 10 ans de surveillance* (1996-2005).
- « Surveillance de l'infection à VIH-sida en France », 2003-2004, *Bull Epidemiol Hebd* 2005, 46-47 : 230-2. www.invs.sante.fr/publications/2007/10ans_vih/index.html.
- « Surveillance de l'infection à VIH-sida en France », 2005, *Bull Epidemiol Hebd* 2007, n° 48, 371-8.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • InVS.

Tableau 1 • Nombre de découvertes de séropositivité chez les femmes par nationalité et année de diagnostic et proportion de découvertes à un stade clinique de sida

Nationalité		2003	2004	2005	2006
Française	Nb	381	427	417	327
	%	17,1	14,8	16,8	15,9
Pays d'Afrique subsaharienne	Nb	854	866	805	621
	%	15,6	13,9	12,1	11,6
Autre nationalité	Nb	165	197	161	129
	%	16,4	16,8	24,2	17,8
Total*	Nb	1 644	1 782	1 655	1 330
	%	14,6	13,0	13,1	12,0

* Sont incluses les femmes de nationalité inconnue.

Champ : France entière.

Sources : InVS, données au 30/06/2007 non redressées pour les délais de déclaration.

synthèse

Même si la part des femmes parmi les cas de sida a progressivement augmenté depuis le début de l'épidémie, l'incidence du sida chez les femmes reste inférieure à celle observée chez les hommes (1,2 contre 2,9 pour 100 000 en 2006).

La transmission du VIH concerne une part importante de femmes d'Afrique subsaharienne, relativement jeunes, contaminées par rapports hétérosexuels et surreprésentées en Île-de-France. Le dépistage de ces femmes se fait rarement dans les mois qui suivent la contamination. Il s'effectue encore trop souvent à un stade tardif de sida, malgré les opportunités que représentent les grossesses. Dans cette population, l'incidence des découvertes de séropositivité VIH y est beaucoup plus importante que chez les femmes nationalité française (502 contre 1,7 pour 100 000).

Depuis 2002, la féminisation de l'épidémie semble s'être stabilisée, ceci étant aussi observé dans les autres pays d'Europe de l'Ouest.

Infections par les virus des hépatites B et C

Depuis 1999, les hépatites B et C font l'objet de programmes nationaux visant à améliorer leur prévention, leur dépistage ainsi que leur prise en charge. Ces infections demeurent en effet un problème de santé publique en France en raison de leur évolution vers la chronicité dans environ 5 % à 10 % des cas pour l'hépatite B chez l'adulte et 50 % à 90 % des cas pour l'hépatite C. Les affections chroniques sont susceptibles d'évoluer, à terme, vers une cirrhose ou un carcinome hépatocellulaire. La loi de santé publique de 2004 prévoit de réduire de 30 % la mortalité attribuable aux hépatites chroniques, principalement liée à la cirrhose et à ses complications. S'ajoute à la gravité d'un portage chronique du virus de l'hépatite B (VHB) chez la femme enceinte, le risque de transmettre l'infection au nouveau-né lors de l'accouchement. Or, en l'absence de traitement préventif à la naissance, le nouveau-né infecté devient lui-même porteur chronique dans 90 % des cas, avec un risque majeur de développer des complications. Le dépistage de l'antigène HBs(AgHBs) au sixième mois de grossesse est donc devenu obligatoire en 1992, et permet de prévenir la transmission périnatale du VHB par l'immunisation (active et passive) des nouveau-nés de mères porteuses de l'AgHBs.

tage systématique de l'AgHBs au cours de leur grossesse et que, parmi les cinq nouveau-nés de mères identifiées AgHBs positives, deux n'avaient pas bénéficié de la sérovaccination [Denis, 2003].

Entre 2003 et 2006, la surveillance des cas d'hépatite aiguë B par la déclaration obligatoire a permis d'identifier cinq cas d'infection néonatale, dont l'un est décédé d'hépatite fulminante. Aucun des nouveau-nés n'a bénéficié de la sérovaccination dès la naissance [Antona 2006, 2007(1)].

Environ 600 cas d'hépatite aiguë B symptomatique en 2005

Depuis la reprise de la déclaration obligatoire en 2003, une moyenne de 150 cas d'hépatite B aiguë a été notifiée par an, avec un sexe ratio homme/femme de 2,30 (420/186) montrant une nette prédominance masculine. La tranche d'âge la plus touchée est celle des 30-49 ans, chez les femmes comme chez les hommes. Une enquête d'exhaustivité a permis d'estimer le nombre de cas symptomatiques à 628 (IC 95 % = 564-694) pour l'année 2005, soit une incidence globale des cas symptomatiques de 1 pour 100 000 habitants (IC 95 % = 0,92-1,14). [Antona, 2006 et 2007(1)].

En 2001, le taux de décès imputables au VHB est estimé à 1,3 pour 100 000 femmes

En 2001, les nombres de décès imputables au VHB étaient estimés à 396 (IC 95 % = 116-1 110) chez les femmes et 931 (IC 95 % = 473-1 578) chez les hommes, correspondant à des taux de décès respectivement de 1,3 (IC 95 % = 0,4-3,6) et 3,2 (IC 95 % = 1,6-5,5) pour 100 000 [Marcellin, 2007 ; Péquignot, 2008].

■ HÉPATITE C

En 2004, environ 228 000 femmes ont été en contact avec le VHC

Dans la population de France métropolitaine âgée de 18 à 80 ans, la prévalence des anticorps anti-VHC est estimée en 2004 à 0,84 % (IC 95 % = 0,65-1,10), correspondant à 367 055 (IC 95 % = 269 361-464 750) personnes ayant eu un contact antérieur avec le virus de l'hépatite C. Toutefois, seulement 57,4 % de ces personnes connaissent leur

■ HÉPATITE B

Cette maladie est accessible depuis 1981 à une prophylaxie efficace par la vaccination, et depuis 1995, le calendrier vaccinal français recommande la vaccination contre l'hépatite B des nourrissons et des adolescents avant l'âge de 13 ans. Toutefois les couvertures vaccinales en France dans ces tranches d'âge sont respectivement de 29 % et 33 %, sans aucune différence de couverture entre filles et garçons. De plus, on observe une baisse de la couverture vaccinale de près de 30 % entre celle obtenue en 2001 en classe de 3^e dans les cohortes d'enfants ayant bénéficié de la campagne de vaccination en 6^e (62,4 %) en 1995-1997 et celle observée dans les mêmes tranches d'âge trois ans plus tard (42,4 %) [Antona, 2007(2)].

En 2004, environ 48 000 femmes sont porteuses chroniques de l'hépatite B

La prévalence de l'antigène HBs (AgHBs) dans la population métropolitaine âgée de 18 à 80 ans est estimée à 0,65 % (IC 95 % = 0,45-0,93) en 2004, ce qui correspond à 280 821 (IC 95 % = 179 730-381 913) personnes porteuses chroniques de l'AgHBs. Toutefois, seulement 45 % des personnes porteuses de l'AgHBs connaissent leur séropositivité.

La prévalence de l'AgHBs est moins élevée chez les femmes, avec près de 48 000 femmes porteuses chroniques soit une prévalence estimée à 0,21 % (IC 95 % = 0,10-0,47) contre

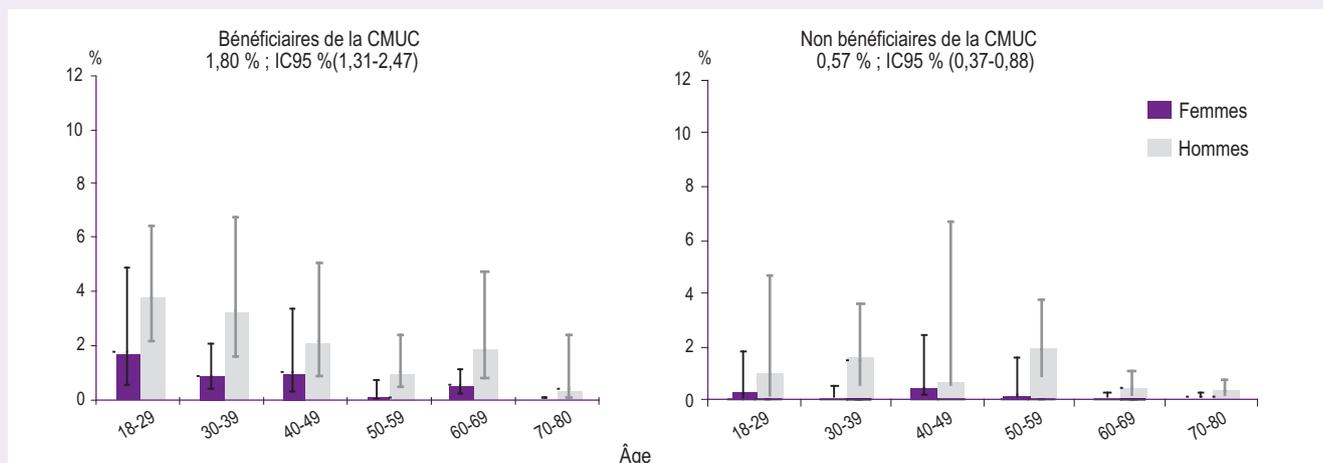
1,10 % (IC 95 % = 0,73-1,67) chez les hommes. Cette prévalence varie aussi selon l'âge et la situation de précarité des personnes (définie par l'affiliation à la CMU complémentaire), avec en particulier une prévalence trois fois plus élevée chez les personnes précaires (graphique 1).

En France métropolitaine, la prévalence des anticorps anti-HBc est estimée en 2004 à 7,30 % (IC 95 % = 6,48-8,22) chez les adultes de 18 à 80 ans, ce qui correspond à 3,1 millions (IC 95 % = 2,7-3,5) de personnes ayant eu un contact antérieur avec le VHB. Cette prévalence est estimée à 6,33 % (IC 95 % = 5,26-7,61) chez les femmes et 8,33 % (IC 95 % = 7,32-9,45) chez les hommes [Meffre, 2007].

Le dépistage des femmes enceintes reste insuffisant

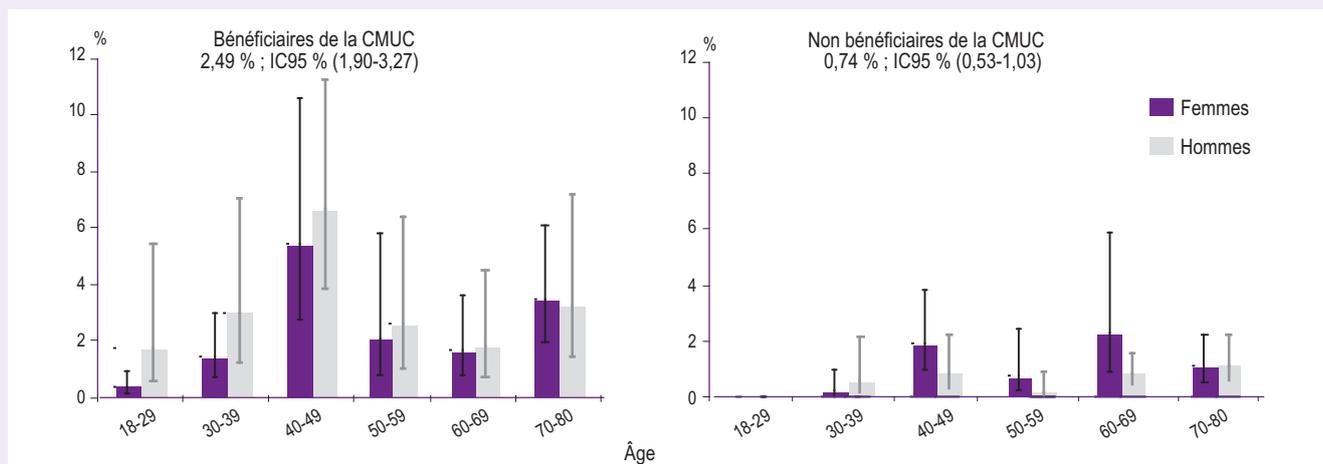
La prévalence du portage de l'AgHBs chez les femmes âgées de 18 à 45 ans a été estimée à 0,36 % (IC 95 % = 0,16-0,83). Ainsi, sur une cohorte annuelle de 800 000 nouveau-nés, le nombre d'enfants nés de mères porteuses de l'AgHBs peut être estimé à 2 880 (compris entre 1 280 et 6 640) [Meffre, 2007]. Or, le dépistage de l'AgHBs au cours de la grossesse, préalable indispensable à la mise en place de mesures préventives de la transmission du VHB à la naissance, reste insuffisant. Ainsi, une étude, réalisée en Haute-Vienne auprès de 1 235 femmes enceintes, a montré que 26 % d'entre elles ne bénéficiaient pas d'un dépis-

Graphique 1 • Comparaison de la prévalence de l'antigène HBs chez les bénéficiaires de la CMUC et les non bénéficiaires, selon l'âge et le sexe



Champ : France métropolitaine 2004, population âgée de 18 ans et plus.
Sources : Enquête nationale de prévalence des hépatites B et C, InVS.

Graphique 2 • Comparaison de la prévalence des anticorps anti-VHC chez les bénéficiaires de la CMUC et les non bénéficiaires, selon l'âge et le sexe



Champ : France métropolitaine 2004, population âgée de 18 ans ou plus.
Sources : Enquête nationale de prévalence des hépatites B et C, InVS.

SOURCES • Enquête de prévalence des hépatites B et C, InVS.

CHAMP • Population métropolitaine âgée de 18 à 80 ans.

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • Au numérateur sont incluses les personnes positives pour l'AghBs ou les anticorps anti-VHC dans la tranche d'âge considérée et en fonction de leur genre, et au dénominateur la population totale dans la même tranche d'âge et pour le même genre, résultats présentés en fonction de leur affiliation ou non à la CMUC.

LIMITES ET BIAIS • Les DOM ne sont pas inclus.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • InVS.

Infections par les virus des hépatites B et C (suite)

séropositivité vis-à-vis du VHC. La prévalence des anticorps anti-VHC est estimée chez les femmes à 1,02 % (IC 95 % = 0,67-1,56), soit 227 768 personnes (IC 95 % = 130 723-324 814) contre 0,66 % (IC 95 % = 0,45-0,96) chez les hommes, soit 139 287 (IC 95 % = 86 557-192 017). Toutefois, la différence entre les sexes n'est pas significative. Comme pour le VHB, la prévalence varie selon l'âge et le statut de précarité des personnes (graphique 2).

La prévalence de l'infection chronique (ARN positif) est estimée à 0,53 % (IC 95 % = 0,40-0,70). On estime ainsi que 221 386 (IC 95 % = 158 909-283 862) personnes présentent une infection chronique par le VHC [Meffre, 2007].

Un dépistage de l'hépatite C moins souvent ciblé chez les femmes que chez les hommes

Les femmes représentent plus de la moitié (51,9%) des 347 012 sérologies anti-VHC réalisées en 2006 par les 154 laboratoires publics et privés participant en continu depuis 2000 au système de surveillance Réna-VHC (pour lesquelles le genre était renseigné). La proportion de sérologies anti-VHC positives est cependant plus faible chez les femmes (2,5 %) que chez les hommes (4,2 %).

Les femmes représentent, en 2006, 37,8 % des personnes diagnostiquées positives pour le VHC par les laboratoires participant au réseau Réna-VHC. Plus des trois quarts de ces femmes (76,6%) ont 40 ans ou plus (graphique 3).

Entre 2000 et 2006, le nombre de sérologies anti-VHC réalisées a augmenté de 57% chez les femmes (+25 % pour les hommes) mais la proportion de sérologies positives a diminué chez les femmes (de 3,7% en 2000 à 2,5% en 2006) comme chez les hommes (de 5,8 % en 2000 à 4,2% en 2006). Cela suggère une évolution vers un dépistage moins ciblé (voir site InVS).

Les principales expositions à risque chez les femmes

Les femmes représentent 42,6 % des 2 729 patients anti-VHC positifs nouvellement pris en charge en 2006 par les 24 pôles de référence participant à la surveillance nationale de l'hépatite C. Cette proportion est stable depuis 2001.

Elles sont âgées de 15 à 91 ans avec un âge médian de 50 ans (44 ans pour les hommes) en 2006. Entre 2001 et 2006, la proportion de femmes de 40 ans ou plus a augmenté, passant de 67 % à 76,8 %.

En 2006, les principales expositions à risque retrouvées chez les femmes sont une transfusion de sang ou de dérivés sanguins avant 1991 (35,2 %)¹ et une exposition nosocomiale (intervention chirurgicale, endoscopie, hémodialyse, etc. ; 20 %) (graphique 4). Pour les hommes, les expositions à risque les plus fréquemment retrouvées sont l'usage de drogues par voie intraveineuse (40,8 %) et la transfusion (20,2 %). Entre 2001 et 2006, les proportions de femmes exposées à une transfusion avant 1991 et à l'usage de drogue par voie intraveineuse ont légèrement diminué passant

de 38,8 % à 35,2 % pour la transfusion ; de 21,1 % à 17,5 % pour l'usage de drogue par voie intraveineuse. À l'inverse, la proportion de femmes pour lesquelles une autre exposition à risque (conjoint VHC, tatouage, piercing...) a été retrouvée a augmenté de 15,7 % en 2001 et 20,4 % en 2006 (voir site InVS).

En 2001, le taux de décès imputables au VHC est estimé à 3,6 pour 100 000 femmes

En 2001, les nombres de décès imputables au VHC étaient estimés à 1 102 (IC 95 % = 586-1 801) chez les femmes et 1 544 (IC 95 % = 968-2 180) chez les hommes, correspondant à des taux de décès respectifs de 3,6 (IC 95 % = 1,9-5,9) et 5,4 (IC 95 % = 3,4-7,6) pour 100 000 [Marcellin, 2007 ; Péquignot, 2008]. ●

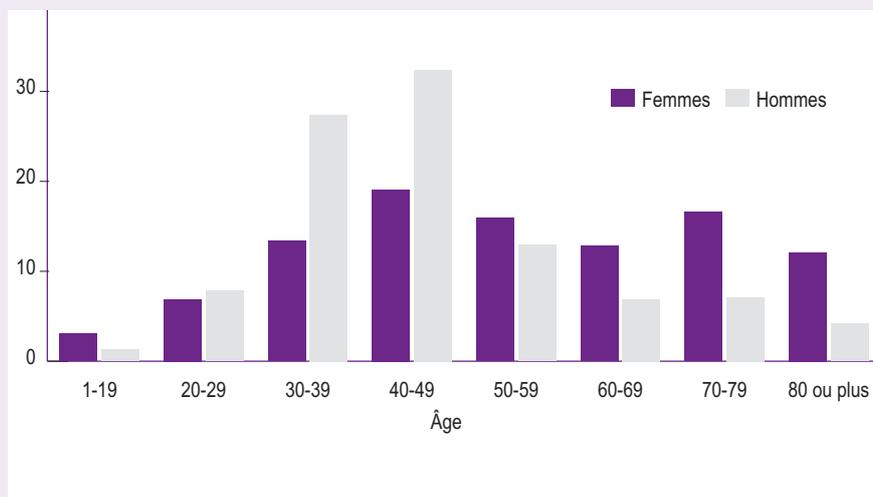
ORGANISME RESPONSABLE DE LA FICHE • InVS

1. Il est possible que certains patients aient déclaré plusieurs expositions à risque. Le total des proportions des expositions à risque est supérieur à 100 %.

synthèse

La prévalence du portage de l'AgHBs chez les femmes est estimée à 0,21 %, soit 48 000 femmes porteuses chroniques de l'infection par le VHB. En 2001, 396 décès étaient imputables au VHB, soit un taux de décès de 1,3/100 000 femmes. La prévalence des anticorps anti-VHC est estimée à 1,02 %, soit 227 768 femmes ayant été en contact avec le VHC. En 2001, 1 102 décès étaient imputables au VHC, soit un taux de décès de 3,6/100 000 femmes. Une amélioration des stratégies de dépistage des hépatites est indispensable pour une meilleure prise en charge des patientes et en ce qui concerne le VHB, pour une meilleure prévention de l'entourage par la vaccination. Il est également impératif d'assurer un dépistage optimal de l'AgHBs lors de la grossesse ainsi qu'une séro-vaccination des nouveau-nés en cas de séro-positivité de la mère. Enfin, l'impact attendu de la vaccination contre l'hépatite B sur la morbidité et la mortalité ne pourra s'observer qu'à la condition d'une très nette amélioration de la couverture vaccinale en France.

Graphique 3 • Distribution par âge et par sexe des personnes diagnostiquées positives pour le VHC en 2006 (N = 2 112) par les laboratoires du réseau Réna-VHC



Champ : Population française, âgée d'un an ou plus, diagnostiquée positive pour le VHC par les laboratoires participant au réseau RénaVHC.

Sources : Réseau Réna-VHC de surveillance de l'activité de dépistage de l'hépatite C, InVS.

SOURCES • Réseau Réna-VHC de sur veillance de l'acti- vité de dépistage de l'hépatite C (InVS).

CHAMP • Population française ≥ 1 an pour laquelle une sérologie anti-VHC est réalisée par les 148 laboratoires d'analyses de biologie médicale participant de façon continue à la sur veillance depuis 2000 et ayant fourni des données épidémiologiques sur les personnes diag- nostiquées positives pour le VHC.

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • Ce graphique représente pour chaque sexe le nombre de perso- nnes diagnostiquées positives pour le VHC appartenant à la classe d'âge considérée rapporté au nombre total de personnes diagnostiquées positives pour le VHC.

LIMITES ET BIAIS • Seuls les laboratoires participant au réseau de sur veillance (3,5 % des laboratoires français en 2005) sont pris en compte pour la construction de l'indicateur.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • InVS.

SOURCES • Système de surveillance nationale de l'hé- patite C à partir des pôles de référence volontaires (InVS).

CHAMP • Patients anti-VHC positifs nouvellement pris en charge en 2006 par les 24 pôles de référence par- ticipants.

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • Ce g raphique représente pour chaque sexe le nombre de patients concernés par l'exposition à risque considérée rap- porté au nombre total de patients nouvellement pris en charge par les pôles de référence participants.

LIMITES ET BIAIS • Les données concernent unique- ment les patients nouvellement pris en charge en 2006 par les 24 pôles de référence participant à la surveillance nationale de l'hépatite C à partir des pôles de référence volontaires.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • InVS.

Graphique 4 • Répartition par sexe des expositions à risque des patients nouvellement pris en charge en 2006 (N = 2 729) par les pôles de référence participant à la surveillance de l'hépatite C



Total > 100% car possibilité de plus d'une exposition à risque pour un pa tient

(a) Transfusion de sang ou dérivés sanguins avant 1991

(b) Consommation actuelle ou passée de drogues intra veineuse ou per nasale

(c) Intervention chirurgicale, endoscopie, dialyse...

(d) Conjoint VHC, entourage VHC, tatouage, piercing...

Champ : Patients anti-VHC positifs nouvellement pris en charge en 2006 par les 24 pôles de référence participants.

Sources : Système national de surveillance de l'hépatite C, pôles de référence volontaires, InVS.

RÉFÉRENCES •

- Antona D., 2006, «L'hépatite B aiguë en France: aspects épidémiologiques», *Hepato Gastro*; 13 (1) : 51-61.
- Antona D., Letort M.-J., Le Strat Y., Pioche C., Delarocque-Astagneau E., Lévy-Bruhl D., 2007(1), « Surveillance des hépatites B aiguës par la déclaration obligatoire, France, 2004-2006 », *Bull Epidemiol Hebd*, 51-52 : 425-8.
- Antona D., Fonteneau L., Lévy-Bruhl D., Guignon N., De Peretti C., Niel X., Romano M.-C. *et al.*, 2007(2), « Couverture vaccinale des enfants et des adolescents en France : résultats des enquêtes menées en milieu scolaire, 2001-2004 », *Bull Epidemiol Hebd*, 6 : 45-49.
- Denis F., Berges P., Chastagner M., Delpeyroux C., 2003, « Dépistage de l'Ag HBs chez les femmes enceintes. Quel taux d'ouverture? Enquête en Haute-Vienne 1999 », *Bull Epidemiol Hebd*, 33 : 157-8.
- Marcellin P., Péquignot F., Delarocque-Astagneau E., Zarski J.-P., Ganne N., Hillon P., Antona D. *et al.*, 2008, « Mortality related to chronic hepatitis B and chronic hepatitis C in France : Evidence for the role of HIV coinfection and alcohol consumption », *J Hepatol*, 48 : 200-7.
- Meffre C., Le Strat Y., Delarocque-Astagneau E., Antona D., Desenclos J.-C., 2007, « Prévalence des hépatites B et C en France en 2004 », *Saint-Maurice, InVS*, 112 p.
- Péquignot F., Hillon P., Antona D., Ganne N., Zarski J.-P., Méchain M. *et al.*, 2008, « Estimation nationale de la mortalité associée et imputable à l'hépatite C et à l'hépatite B en France métropolitaine en 2001 », *Bull Epidemiol Hebd*, 27 : 237-40.
- Site InVS, www.invs.sante.fr/surveillance/hepatite_c/default.htm

Tuberculose

La loi relative à la santé publique préconise de stabiliser l'incidence de la tuberculose (10,8 pour 100 000 en 2001) en renforçant la stratégie de lutte sur les groupes et zones à risque. Le programme national de lutte contre la tuberculose a été élaboré en 2007 dans cet objectif.

La tuberculose fait partie des maladies à déclaration obligatoire et les incidences nationales et régionales peuvent donc être estimées à partir des déclarations de nouveaux cas. L'incidence nationale est la résultante de situations très diverses au sein de groupes de population et de zones géographiques très différentes.

■ L'INCIDENCE DE LA TUBERCULOSE DIMINUE RÉGULIÈREMENT

En 2000, l'incidence globale de la tuberculose déclarée en France était de 11,1/100 000 avec 6 714 cas déclarés. Depuis cette date, l'incidence a diminué et a atteint 8,5/100 000 (5 336 cas notifiés) en 2006 (tableau 1). La diminution régulière de l'incidence est observée de manière équivalente chez les femmes et les hommes. Entre 2000 et 2006, l'incidence est passée de 8,5/10⁵ à 6,7/10⁵ chez les femmes et de 14,5/10⁵ à 10,3/10⁵ chez les hommes.

Comme observé dans les autres pays, l'incidence de la tuberculose est globalement beaucoup moins élevée chez les femmes que chez les hommes, sauf chez les sujets jeunes (moins de 25 ans) où l'incidence est identique selon le sexe (graphique 1).

■ IL N'Y A PAS DE PARTICULARITÉS ÉPIDÉMIOLOGIQUES SPÉCIFIQUES AUX FEMMES

Les caractéristiques épidémiologiques de la tuberculose chez les femmes sont superposables à celles que l'on observe chez les hommes. L'incidence est beaucoup plus élevée parmi les personnes nées à l'étranger par rapport à celles nées en France et plus particulièrement chez les personnes jeunes (graphique 2). Ainsi, l'inci-

dence de la tuberculose en 2006 était de 4,2/105 chez les femmes nées en France contre 29,8/105 chez celles nées à l'étranger. Par ailleurs, les cas sont regroupés dans les zones urbaines et notamment l'Île-de-France (en 2006, 33 % des cas de tuberculose chez les femmes étaient déclarés en Île-de-France) [Che D. *et al.*, 2004], cette observation est également valable pour les hommes.

On peut également noter que les localisations de la tuberculose sont différentes selon le sexe, l'âge et l'origine des cas [Cailhol J. *et al.*, 2005]. Ainsi en 2006, les femmes étaient plus souvent atteintes de tuberculoses extra-pulmonaires (formes isolées ou associées à une localisation pulmonaire) que les hommes (41,4 % contre 34,8%). Cette caractéristique clinique ne remet pas en cause les stratégies générales de prévention fondées sur la diffusion de l'information auprès des populations à risque (et les femmes peuvent jouer un rôle important auprès de certaines communautés et des soignants), les dépistages mis en place auprès de ces mêmes populations (migrants, détenus...) et surtout la détection précoce des cas et leur suivi ainsi que la mise sous traitement des cas secondaires. ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA FICHE • INVS

synthèse

Bien que l'incidence soit plus faible pour les femmes, les caractéristiques épidémiologiques sont comparables à celles des hommes. L'incidence de la tuberculose continue à diminuer en France. Cependant, les disparités sociodémographiques et géographiques sont importantes : stabilisation de l'incidence parmi la population née à l'étranger à un niveau qui reste élevé, stabilisation à un niveau faible de l'incidence parmi la population d'origine française, concentration des cas en Île-de-France et dans les zones urbaines. Cette situation épidémiologique est comparable à celle des autres pays de l'Europe occidentale.

Tableau 1 • Incidence de la tuberculose maladie déclarée en France entre 2000 et 2006 (taux pour 100 000)

Année de déclaration	Nombre de cas (% de femmes)	Taux pour 100 000
2000	6 714 (38 %)	11,1
2001	6 465 (41 %)	10,6
2002	6 322 (38 %)	10,3
2003	6 098 (39 %)	9,9
2004	5 578 (38 %)	9,0
2005	5 374 (40 %)	8,6
2006	5 336 (41 %)	8,5

Champ : France entière.

Sources : InVS, déclaration obligatoire de tuberculose.

CHAMP • France entière.

SOURCES • InVS, Déclaration obligatoire de tuberculose.

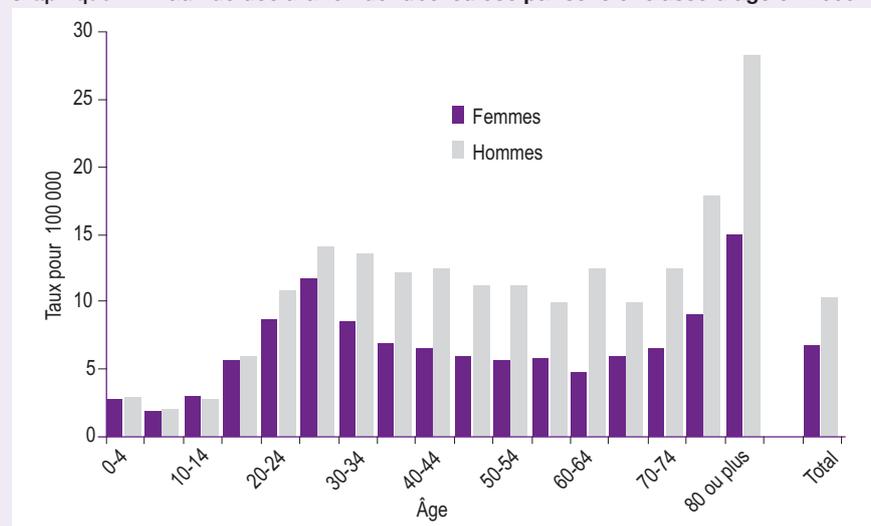
LIMITES ET BIAIS • Les données de la déclaration obligatoire ne sont pas exhaustives (taux d'exhaustivité estimé à 65 % sur l'ensemble du territoire et 80 % pour Paris).

RÉFÉRENCES •

- Comité national d'élaboration du programme de lutte contre la tuberculose, 2007, « Programme de lutte contre la tuberculose en France 2007-2009 », www.sante.gouv.fr.
- Che D., Cailhol J., Campese C., Decludt B., 2004, « Épidémiologie de la tuberculose en Île-de-France en 2001 », *Rev Mal Respir*, 21 : 272-278.
- Cailhol J., Decludt B., Che D., 2005, « Sociodemographic factors that contribute to the development of extrapulmonary tuberculosis were identified », *J. Clin Epidemiol*, 58(10) : 1066-1071.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • InVS.

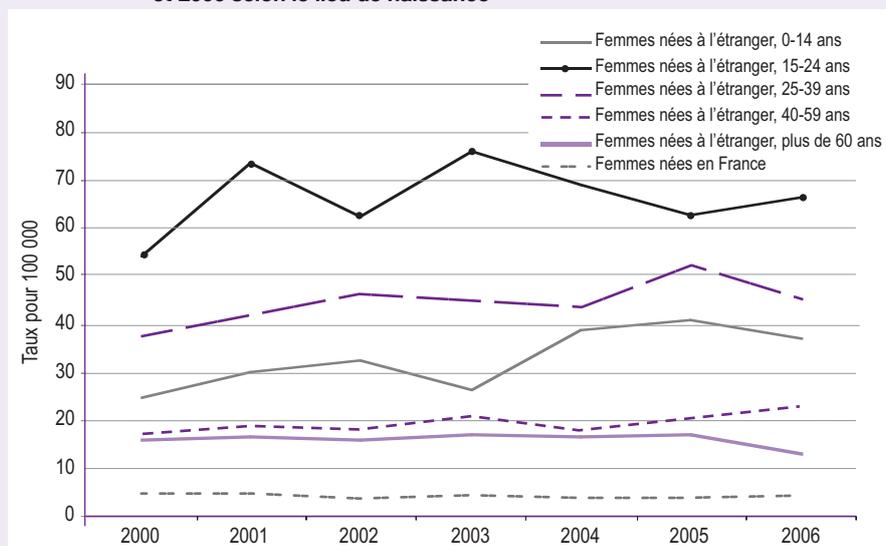
Graphique 1 • Taux de déclaration de tuberculose par sexe et classe d'âge en 2006



Champ : France entière.

Sources : InVS, déclaration obligatoire de tuberculose.

Graphique 2 • Incidence de la tuberculose maladie déclarée chez la femme entre 2000 et 2006 selon le lieu de naissance



Champ : France métropolitaine.

Sources : InVS, déclaration obligatoire de tuberculose.

Couverture vaccinale

L'obtention et le maintien d'une couverture vaccinale élevée et homogène dans la population constituent des éléments clefs du contrôle et de l'élimination des maladies infectieuses. Il est donc primordial de disposer d'outils permettant la mesure régulière des taux de couverture vaccinale dans la population, en fonction de ses différents déterminants. À ce titre, l'atteinte d'un taux de couverture vaccinale d'au moins 95 % aux âges appropriés constitue un des objectifs de la loi de santé publique de 2004. Les données de couverture vaccinale disponibles y sont étudiées pour les différentes vaccinations intégrées dans le calendrier vaccinal, pour différentes tranches d'âge et déclinées, lorsque les données le permettent, par régions et par professions et catégories socioprofessionnelles (PCS). Cependant, pour la très grande majorité des vaccinations, les données ne sont pas différenciées entre femmes et hommes.

■ UNE COUVERTURE VACCINALE INSUFFISANTE CHEZ LES FEMMES COMME CHEZ LES HOMMES

Les données les plus récentes chez l'adulte proviennent du volet vaccinal intégré en 2002 dans l'enquête Santé et protection sociale (ESPS) de l'IRDES. Elles ne montrent pas de différence de couverture vaccinale entre femmes et hommes (graphique 1). Cependant, à la différence de celles de l'enfant sur le carnet de santé, les données chez l'adulte sont déclaratives, induisant un défaut de sensibilité pour mettre en évidence de fines différences de couverture. Or les données de l'enquête nationale de séroprévalence vaccinale menée en 1999 par l'Institut de veille sanitaire, en collaboration avec le laboratoire de séro-immunologie de Pasteur-Mérieux Connaught, sont en faveur de l'existence de différences de couverture pour la diphtérie et le tétanos (graphique 2). En effet, ces données montrent, pour ces deux maladies, des proportions de sujets séro-négatifs significativement supérieures chez les femmes âgées de plus de 50 ans comparativement aux hommes de même âge. Ces différences sont particulièrement pronon-

cées chez les 50-59 ans pour la diphtérie (43,1 % de femmes séronégatives contre 7,8 % chez les hommes) et chez les 60-69 ans pour le tétanos (14,6 % de femmes séronégatives contre 2,6 % chez les hommes). Elles sont vraisemblablement le reflet de la pratique des rappels diphtérie-tétanos-poliomyélite lors de l'incorporation des jeunes hommes au service national. L'absence de différence entre femmes et hommes pour la poliomyélite est le probable reflet de l'introduction plus récente de cette vaccination dans le calendrier vaccinal des armées, les sujets âgés de plus de 50 ans en 1999 n'en ayant pas bénéficié lors de leur incorporation. Les différences observées pour le tétanos et la poliomyélite sont, au moins en partie, liées également à une plus grande fréquence des rappels chez les hommes au-delà de 20 ans (liée, par exemple, à de plus fréquents contacts avec la médecine du travail). Cependant aucune donnée n'est disponible à l'appui de cette dernière hypothèse.

Ces différences de statut immunitaire entre femmes et hommes se traduisent en termes épidémiologiques, au moins pour le tétanos. La maladie survient exceptionnellement à

l'âge de 60 ans (tableau 1), à l'exception de quelques cas chez des sujets non ou très mal vaccinés. Par contre, au-delà de 70 ans, plus d'une vingtaine de cas surviennent en moyenne chaque année, essentiellement chez les femmes. Le sexe ratio femmes/hommes est de 2,6. L'examen des taux d'incidence montre que ce déséquilibre n'est pas le seul reflet de la démographie (effectif de femmes âgées plus important), mais traduit un risque plus élevé, à âge égal, chez les femmes. Si la plus grande proportion de femmes qui ont perdu leur protection vaccinale, faute de rappels récents, explique vraisemblablement en grande partie cette disparité épidémiologique, d'autres facteurs peuvent également y contribuer. Il pourrait s'agir par exemple, à âge égal, d'une plus grande fréquence de pratiques d'activités à risque d'exposition à l'agent du tétanos (jardinage, par exemple). Cependant aucune donnée n'est disponible pour étayer ou infirmer cette hypothèse.

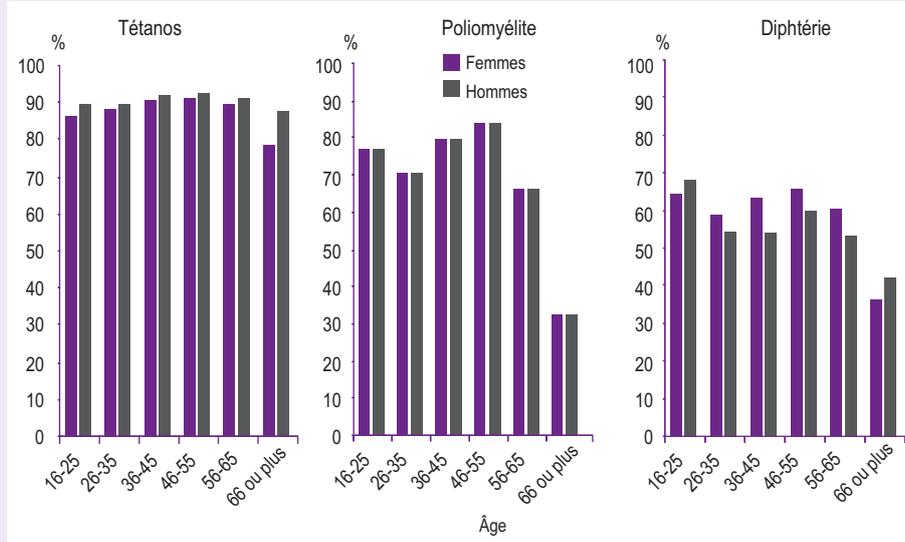
Sur les 14 cas de diphtérie ou d'autres infections à corynebactérie toxigène identifiés depuis 1996 en France, neuf cas sont survenus chez les femmes et cinq chez les hommes. Cela pourrait refléter un risque plus important pour les femmes, mais le faible nombre de cas ne permet pas de conclure à un risque différent entre femmes et hommes. ●

synthèse

Les données disponibles ne mettent pas en évidence une différence de couverture vaccinale entre les femmes et les hommes. Cependant, les données sérologiques montrent chez les adultes de plus de 50 ans, une proportion plus importante de femmes non protégées que d'hommes pour certains antigènes vaccinaux. Cela est probablement le reflet de la mise à jour du statut vaccinal lors de l'incorporation des jeunes hommes dans le cadre du service national. D'autres facteurs pourraient également contribuer à cette situation, sans que des données existent pour étayer les différentes hypothèses.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA FICHE • INVS

Graphique 1 • Couverture vaccinale entre femmes et hommes et selon l'âge chez l'adulte



Champ: Ménages ordinaires résidant en France métropolitaine.
Sources: Enquête Santé protection sociale, IRDES, 2002.

CHAMP • Ménages ordinaires résidant en France métropolitaine assurés à l'un des trois régimes de sécurité sociale (CNAMTS, MSA, CANAM), dont un membre au moins est âgé de plus de 16 ans.

SOURCES • Enquête Santé protection sociale (ESPS) 2002 de l'IRDES.

MÉTHODOLOGIE • L'enquête ESPS est réalisée à partir de trois échantillons représentatifs des principales caisses de sécurité sociale. Cette enquête était annuelle de 1988 à 1997. Elle a lieu tous les deux ans depuis 1998. L'état de santé et ses déterminants sont relevés par autoquestionnaire.

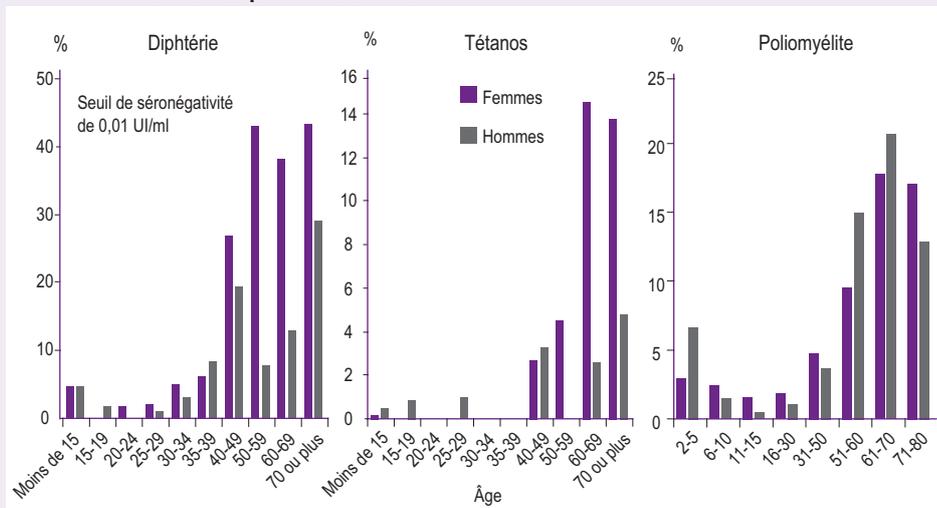
LIMITES ET BIAS • Il s'agit des limites des données déclaratives. Plus de 50% des adultes n'ont aucun document sur lequel leurs vaccinations seraient reportées.

RÉFÉRENCES •

– Guthmann J.-P., Fonteneau L., Antona D., Levy Bruhl D., 2007, « La couverture vaccinale diphtérie, tétanos, poliomyélite chez l'adulte en France: résultats de l'enquête Santé et protection sociale, 2002 », *Bull Epidemiol Hebd*, (51-52): 441-5.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • InVS.

Graphique 2 • Proportion de femmes et d'hommes séronégatifs vis-à-vis des maladies évitables par la vaccination



Champ: France métropolitaine.
Sources: Enquête nationale de séroprévalence, 1999, Institut de veille sanitaire/Aventis Pasteur.

CHAMP • France entière.

SOURCES • Enquête nationale de séroprévalence des maladies à prévention vaccinale.

MÉTHODOLOGIE • L'enquête nationale de séroprévalence a été réalisée sur un échantillon représentatif de la population française de tous âges en 1998 et 1999. Les sujets étaient inclus dans un échantillon de laboratoires d'analyses et de biologie médicale. Les sérologies ont été réalisées dans le laboratoire de séro-immunologie de Pasteur-Mérieux Connaught.

RÉFÉRENCES •

– Diphtérie: Edmunds W.-J., Pebody R.-G., Aggerback H., Baron S., Berbers G., Conyn-van Spaendonck M.A. et al., 2000, « The sero-epidemiology of diphtheria in Western Europe. ESEN Project », *European Sero-Epidemiology Network, Epidemiol Infect*, 125(1):113-25, août.

– Poliomyélite et tétanos : données InVS non publiées.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • InVS.

Tableau 1 • Nombre de cas de tétanos déclarés et taux d'incidence selon l'âge et le sexe

	Années 1996-2006			
	Femmes		Hommes	
	Nombre de cas	Taux d'incidence annuel moyen par million	Nombre de cas	Taux d'incidence annuel moyen par million
0-49 ans	3	0,01	4	0,02
50-59 ans	4	0,13	5	0,16
60-69 ans	13	0,39	15	0,52
70-79 ans	79	3,47	27	1,65
80 ans ou plus	91	5,03	22	2,65
Total	190	0,58	73	0,23

Champ: France entière.
Sources: Données de la déclaration obligatoire, période 1996-2006, InVS.

CHAMP • France entière.

SOURCES • Déclaration obligatoire.

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • Données de notification et données démographiques (INSEE).

LIMITES ET BIAS • Exhaustivité estimée à 65 % sur les années 2000-2005.

RÉFÉRENCES •

– Institut de veille sanitaire, dossiers thématiques – tétanos, disponible sur www.invs.sante.fr/surveillance/tetanos/default.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • InVS.

maladies chroniques et vieillissement



Diabète

Afin de réduire la fréquence et la gravité des complications du diabète, en particulier les complications cardiovasculaires et ophtalmologiques, les objectifs inscrits dans la loi de santé publique du 4 août 2004 préconisent une amélioration de la surveillance du diabète. Dans la population résidant en France métropolitaine et protégée par le régime général de l'Assurance maladie, la prévalence du diabète traité par antidiabétiques oraux et/ou insuline est estimée à 3,6 % en 2005 et son augmentation à 5,7 % par an. La prévalence du diabète traité est globalement moins élevée chez les femmes que chez les hommes. Toutefois, le diabète est une problématique de plus en plus fréquente chez les femmes et touche plus particulièrement certains sous-groupes de femmes.

■ UN IMPACT IMPORTANT DU NIVEAU SOCIO-ÉCONOMIQUE ET DU PAYS D'ORIGINE SUR LA PRÉVALENCE DU DIABÈTE

La prévalence du diabète autodéclaré ou traité par antidiabétiques oraux et/ou insuline n'a pu être étudiée en fonction du sexe, du niveau socio-économique et du pays d'origine (lieu de naissance et nationalité) qu'à partir des données de l'enquête décennale Santé 2003 de l'INSEE. Ainsi, en France métropolitaine, la prévalence du diabète est estimée en 2003 à 3,2 % chez les femmes, inférieure à celle des hommes (3,6 %). Elle augmente avec l'âge, pour atteindre un pic à 10,9 % chez les femmes âgées de 70 à 79 ans (14,1 % pour les hommes du même âge).

La prévalence du diabète est fortement associée à celle de l'obésité chez les femmes comme chez les hommes. La prévalence du diabète et de l'obésité est plus élevée chez les femmes ayant des caractéristiques socio-économiques moins favorables (graphique 1) et ce, quel que soit l'indicateur utilisé (revenu annuel net du ménage, niveau d'études, profession), ainsi que chez les femmes originaires du Maghreb (graphique 2). Après ajustement sur l'âge, l'indice de masse corporelle et le nombre de grossesses, le diabète est plus de deux fois plus fréquent chez les femmes exerçant ou ayant exercé les professions d'ouvrière, d'employée ou n'ayant jamais travaillé, comparées aux femmes exerçant ou ayant exercé une profession libérale, intermédiaire ou cadres. Il est également plus fréquent chez les femmes originaires du Maghreb (nées au Maghreb et de nationalité maghrébine) par rapport à celles originaires de France. Par comparaison, la prévalence du diabète est également plus élevée chez les hommes de milieux sociaux moins favorisés ou originaires du Maghreb, mais cette relation disparaît chez

les hommes seulement, après ajustement sur l'âge et l'indice de masse corporelle.

■ DANS LES DOM, UNE FRÉQUENCE DU DIABÈTE PLUS ÉLEVÉE CHEZ LES FEMMES QUE CHEZ LES HOMMES

Le diabète appartient à la liste des affections de longue durée (ALD) donnant droit au remboursement à 100 % des soins liés à cette affection. Bien que le taux annuel des admissions en ALD pour diabète ne puisse être assimilé à l'incidence réelle du diabète, ses caractéristiques sont partiellement extrapolables à l'ensemble des cas incidents de diabète.

En 2005, 163 730 personnes ont été admises en ALD pour diabète en France métropolitaine, 72 481 (44 %) étaient des femmes. Standardisé sur l'âge, le taux d'incidence des admissions en ALD pour diabète, inférieur chez les femmes par rapport aux hommes, augmente de 88 pour 100 000 femmes de moins de 55 ans, à 647 pour 100 000 entre 55 et 64 ans. Il diminue après 85 ans jusqu'à 434 pour 100 000 (gra-

phique 3). De 2000 à 2005, le taux standardisé d'incidence des admissions en ALD pour diabète augmente de 195 à 213 pour 100 000 femmes (contre 267 à 311 pour 100 000 hommes).

Dans les DOM, les taux sont bien plus élevés qu'en métropole, chez les femmes comme chez les hommes : ils atteignent respectivement 554, 562, 392 et 327 pour 100 000 femmes à la Réunion, en Guadeloupe, Martinique et Guyane française (graphique 4). Les taux standardisés d'incidence plus élevés chez les femmes que chez les hommes sont une particularité des départements d'outre-mer, où 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 même tendance est trouvée en ce qui concerne la mortalité liée au diabète¹, une surmortalité masculine existant en métropole mais pas en outre-mer (ratio hommes/femmes des taux de mortalité standardisés sur l'âge en 2001-2003 : 1,7 en métropole contre 1 à la Réunion, 1,1 en Martinique, 0,9 en Guadeloupe et 0,7 en Guyane).

L'obésité et les autres facteurs liés au mode de vie expliquent probablement partiellement cette différence entre les hommes et les femmes. ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA FICHE • INVS

1. Romon I., Jouglu E., Catteau C., Para G., Cardoso T., Solet J.-L., Fagot-Campagna A., 2007, « Le poids important du diabète sur la mortalité dans les départements d'outre-mer », in Congrès de l'Alfédiem, 20-23 mars 2007, Marseille, *Diabetes Metab*, 33 : 1S76.

synthèse

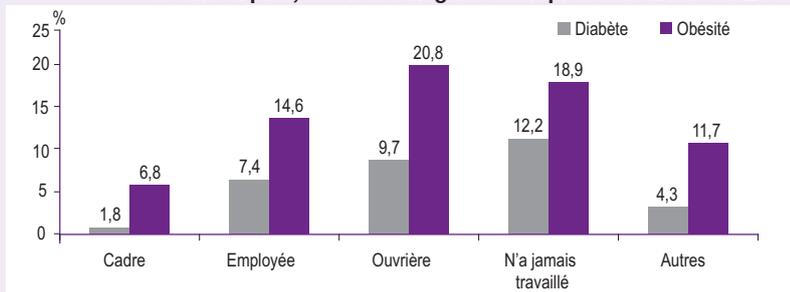
La prévalence et l'incidence du diabète sont globalement moins élevées chez les femmes que chez les hommes, mais également en augmentation. Des particularités notables existent chez les femmes. Ainsi, un niveau socio-économique peu favorable (ouvrières, employées et femmes au foyer ; faible revenu annuel net du foyer ; faible niveau d'études) et une origine maghrébine sont des facteurs qui confèrent une prévalence supérieure à celle des autres femmes (originaires de France, de professions intermédiaires ou cadres), même après prise en compte de l'âge, d'une obésité et du nombre de grossesses.

Dans les départements d'outre-mer, contrairement à la situation en France métropolitaine, l'incidence du diabète est plus élevée chez les femmes que chez les hommes.

Si aucune tendance temporelle n'est actuellement disponible concernant la prévalence du diabète par sexe en fonction du niveau socio-économique ou du pays d'origine, une aggravation doit être anticipée, car la prévalence du diabète augmente globalement chez les femmes (comme chez les hommes), et les écarts de prévalence de l'obésité en fonction du niveau socio-économique et du pays d'origine s'accroissent.

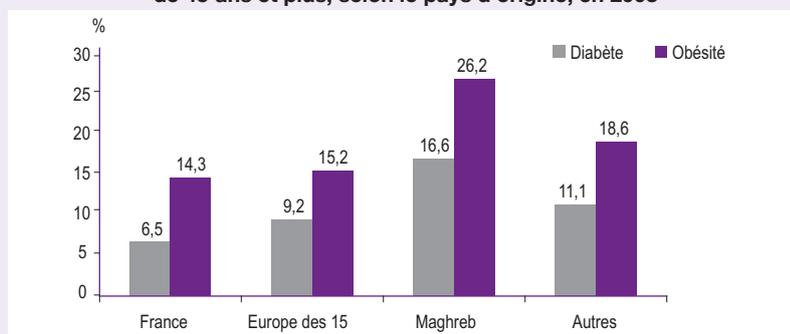
En amont, la prévention du surpoids et de la sédentarité et en aval, le dépistage du diabète et sa prise en charge, devraient particulièrement cibler les femmes de plus faible niveau socio-économique ou originaires du Maghreb ou des départements d'outre-mer (par exemple lors du suivi gynécologique).

Graphique 1 • Prévalence du diabète et de l'obésité chez les femmes de 45 ans et plus, selon la catégorie socioprofessionnelle en 2003



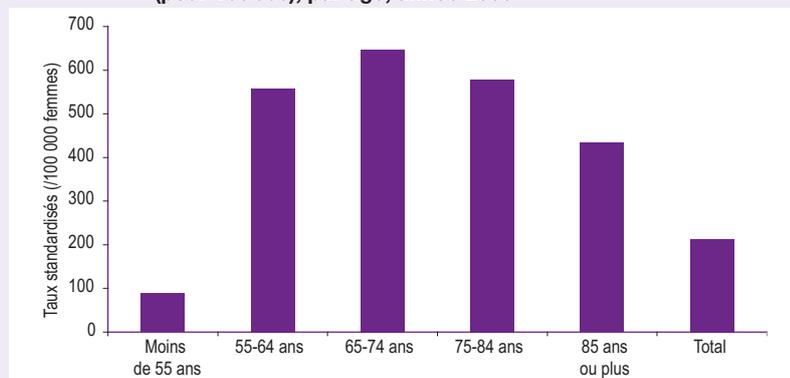
Champ : France métropolitaine, femmes âgées de 45 ans et plus, vivant en ménage ordinaire.
Sources : Enquête décennale 2002-2003, INSEE.

Graphique 2 • Prévalence du diabète et de l'obésité chez les femmes de 45 ans et plus, selon le pays d'origine, en 2003



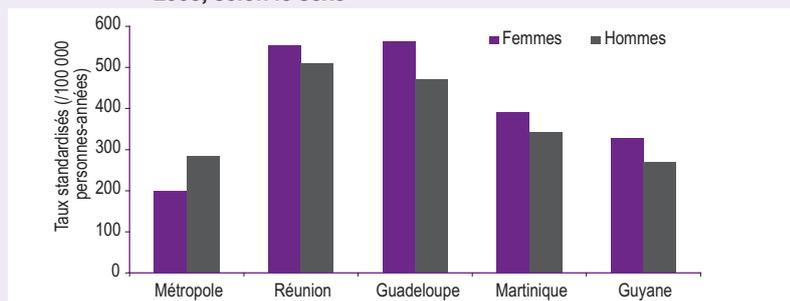
Champ : France métropolitaine, femmes âgées de 45 ans et plus, vivant en ménage ordinaire.
Sources : Enquête décennale 2002-2003, INSEE.

Graphique 3 • Taux d'admissions* en ALD pour diabète chez les femmes (pour 100 000), par âge, année 2005



* Taux standardisés sur l'âge, pour 100 000 femmes.
Champ : France métropolitaine, femmes bénéficiaires de la CNAMTS, du RSI ou de la MSA, années 2000-2005.
Sources : Données CNAMTS, RSI et MSA.

Graphique 4 • Taux d'admissions* en ALD pour diabète, sur la période 2000-2005, selon le sexe



* Taux standardisés sur l'âge, pour 100 000 personnes – année.
Champ : France entière, hommes et femmes bénéficiaires de la CNAMTS, du RSI ou de la MSA, années 2000 à 2005.
Sources : Données CNAMTS, RSI et MSA.

CHAMP • France métropolitaine, femmes âgées de 45 ans et plus, vivant en ménage ordinaire (hors habitat collectif).

SOURCES • Enquête décennale Santé 2003 menée par l'INSEE.

MODE DE CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • La prévalence du diabète et de l'obésité a été construite à partir des données de déclaration de 35 073 personnes vivant en ménage ordinaire (hors habitats collectifs et institutions). Une personne a été considérée comme diabétique lorsqu'elle a déclaré être atteinte de la maladie ou a acheté ou consommé un traitement antidiabétique. Une personne a été considérée comme obèse lorsque son indice de masse corporelle, calculé à partir de la déclaration de son poids et de sa taille, était supérieur ou égal à 30 kg/m².

LIMITES ET BIAIS • Un biais de sélection existe du fait de l'exclusion des personnes vivant en institution et en outre-mer. Un biais de classement peut exister également, car le questionnaire concernant les problèmes de santé ne comportait pas de question spécifique au diabète. Cette perte de précision a pu entraîner des oublis de déclaration du diabète. Une sous-estimation de la prévalence du diabète est donc probable, l'estimation de la prévalence du diabète traité pharmacologiquement étant inférieure à celle établie par l'Assurance maladie. Les différents biais n'interviennent probablement pas ou peu dans les relations entre prévalence du diabète et de l'obésité et caractéristiques sociodémographiques.

RÉFÉRENCES •

– Dalichamp M. *et al.*, 2008, « Prévalence du diabète et relations avec les caractéristiques socio-économiques et le pays d'origine selon l'enquête décennale Santé 2002-2003 », vol. 34, p. A37 *Diabetes Metab.*

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • InVS.

CHAMP • France entière, années 2000-2005, personnes bénéficiaires de la CNAMTS, du RSI ou de la MSA, admises en affection de longue durée pour diabète.

SOURCES • CNAMTS, RSI, MSA.

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • Pour le calcul des taux d'incidence, le numérateur est le nombre de femmes admises en affection de longue durée pour diabète (ALD 8) au cours de la période ; étant donné que les bénéficiaires de la CNAMTS, du RSI et de la MSA représentent 96 % de la population résidant en France, le dénominateur a été approché par la population résidant en France au cours de la période (sources INSEE). Les taux ont été standardisés selon la structure d'âge de la population résidant en France métropolitaine durant l'année 2000. Pour le calcul des taux par département d'outre-mer, les données des années 2000 à 2005 ont été cumulées afin de minimiser l'impact des fluctuations annuelles de petits effectifs.

LIMITES ET BIAIS • Ces données excluent les régimes d'Assurance maladie hors CNAMTS, RSI et MSA (soit 4 % de la population résidant en France). Par ailleurs, ces données ne permettent que d'approcher l'incidence réelle du diabète : la demande d'ALD n'est pas systématique (elle peut ne pas être souhaitée ou être jugée inutile) et elle n'est unique qu'en théorie (possibilité de « doublons » lors d'un changement de régime d'assurance, d'un changement de statut d'assuré à ayant-droit, d'un changement de médecin traitant...). Enfin, la demande d'ALD n'est pas toujours concomitante de l'apparition du diabète.

RÉFÉRENCES •

– Romon I. *et al.*, 2007, « L'affection de longue durée diabète en France métropolitaine : quelle incidence, quelle évolution ? » *Diabetes Metab.*, 33 : 1S76.

– www.invs.sante.fr/diabete

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • InVS.

Surpoids et obésité

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.

Le surpoids et l'obésité sont associés à un risque accru de morbidité et de mortalité (Expertise collective INSERM, 2006).

Des aspects spécifiques de la santé des femmes telles que la fertilité et les complications de la grossesse sont également à considérer dans la surveillance du surpoids et de l'obésité. Un rapport récent de l'Académie de médecine a souligné les risques de diabète gestationnel et d'hypertension particulièrement élevés chez les femmes présentant un surpoids ou une obésité.

L'espérance de vie des femmes en France (84,2 ans contre 77,2 ans chez les hommes en 2006) les expose particulièrement à la survenue de maladies chroniques liées à une corpulence trop élevée (maladies cardiovasculaires, certains cancers, diabète...)

La loi de santé publique prévoit de réduire de 20 % la prévalence du surpoids et de l'obésité (IMC > 2 kg/m²) chez les adultes en passant de 42 % en 2003 à 33 % en 2008.

Cet objectif est identique à l'un des neuf objectifs prioritaires du Programme national nutrition santé (PNNS).

■ EN 2006, 41 % DES FEMMES SONT EN SURCHARGE PONDÉRALE

L'Étude nationale nutrition santé (ENNS) fournit des fréquences du surpoids et de l'obésité sur un échantillon national à partir de mesures de poids et de taille. En 2006-2007, la prévalence de l'obésité est de 17,6 % chez les femmes, comparable à celle observée chez les hommes (16,1 %). Quant à la prévalence du surpoids (obésité comprise), elle s'élève de 41,4 %, un pourcentage inférieur à celui des hommes (57,2 %) en raison d'une prévalence moins élevée du surpoids chez les femmes.

La prévalence du surpoids et de l'obésité augmente avec l'âge : elle est de 22,8 % chez les femmes de 18 à 29 ans, de 39,5 % entre 30 et 54 ans et de 57,7 % chez celles de 55 à 74 ans.

■ LES DISPARITÉS SOCIALES SONT PLUS MARQUÉES CHEZ LES FEMMES QUE CHEZ LES HOMMES

La prévalence du surpoids et de l'obésité est de 49,0 % chez les agricultrices, artisanes, commerçantes et chefs d'entreprise, de 45,9 % chez les ouvrières et employées, de 32,2 % chez les cadres et professions intermédiaires et de 29,7 % chez les femmes qui n'ont jamais travaillé. Ces disparités sont plus marquées chez les femmes que chez les hommes quel que soit l'indicateur de niveau socio-économique utilisé. Par ailleurs, les femmes ayant un niveau d'études inférieur au baccalauréat ont

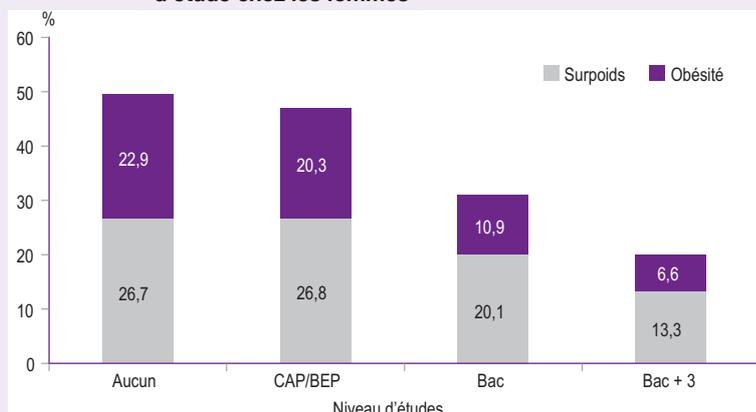
deux fois plus de risque d'être en surpoids ou obèses que celles ayant fait au moins trois années d'études supérieures (figure 1). En analyse multivariée ajustée sur l'âge, le tabagisme et la taille d'unité urbaine, le faible niveau d'éducation et le fait de ne pas être parti en vacances au cours de l'année passée sont des facteurs associés au surpoids et à l'obésité.

Un rapport traitant des inégalités de santé en Europe souligne cette caractéristique retrouvée dans d'autres pays européens, en particulier dans les pays méditerranéens. L'étude ABENA (alimentation et état nutritionnel des bénéficiaires de l'aide alimentaire) réalisée en 2004-2005 par l'Institut de veille sanitaire (InVS) permet de décrire le surpoids et l'obésité chez les femmes de très faible statut socio-économique. Ainsi, parmi les femmes recourant à l'aide alimentaire incluse, la proportion de femmes en surpoids ou obèses est de 67,2 % (dont 30,7 % d'obèses).

■ LE RISQUE DE SURPOIDS EST MOINDRE EN FRANCE QUE DANS D'AUTRES PAYS DE NIVEAU DE VIE COMPARABLE MAIS CONTINUE DE CROÎTRE

Les prévalences de surpoids et d'obésité relevées en France sont inférieures à celles observées aux États-Unis (62 % de femmes en surpoids ou obèses, dont 33 % d'obèses) et au Canada (54 % de femmes en surpoids ou obèses, dont 23 % d'obèses). Au niveau euro-

Graphique 1 • 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.
Sources : Étude nationale nutrition santé, 2006-2007.

Tableau 1 • Prévalence du surpoids et de l'obésité chez les femmes selon quatre enquêtes répétées sur la base de données de poids et de taille déclarées

	Année de recueil	Surpoids et obésité (%)	Obésité (%)
Enquête Obépi (Sofres, Institut Roche, INSERM)	1997	30,2	7,9
	2000	32,2	9,5
	2003	35,0	11,3
	2006	36,3	13,0
Enquête Santé (INSEE)	1991-1992	26,6	6,8
	2002-2003	35,2	11,3
Enquête Santé protection sociale (IRDES)	1990	26,9	6,4
	1994	27,4	7,5
	1998	31,1	8,7
	2002	34,8	10,2
	2004	33,8	11,2
Baromètres (INPES)	1996	25,4	5,8
	1999	26,6	6,9
	2002	25,7	5,6
	2005	27,2	7,3

CHAMP • France métropolitaine (hors Corse), population âgée de 18 à 74 ans résidant en ménage ordinaire contacté aléatoirement d'après des listes téléphoniques fixes et de portables.

SOURCES • Étude nationale nutrition santé (ENNS), 2006-2007.

MODE DE CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • Données mesurées de poids et de taille ; IMC = poids (kg)/taille (m)² ; données pondérées et redressées.

LIMITES ET BIAIS • DOM non représentés. Population résidant en domicile ordinaire, excluant de ce fait, les populations en institution.

RÉFÉRENCES •

– Unité de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle (USEN), 2007, « Étude nationale nutrition santé (ENNS), 2006 ». Situation nutritionnelle en France en 2006 selon les indicateurs d'objectifs et les repères du Programme national nutrition santé (PNNS) », *Rapport Institut de veille sanitaire, université de Paris 13, Conservatoire national des arts et métiers*, décembre.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR

• Unité de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle (InVS-Paris 13-CNAM).

CHAMP • Bénéficiaires de l'aide alimentaire de 18 ans ou plus inclus aléatoirement (Paris, Marseille, Dijon et Seine-Saint-Denis).

SOURCES • Étude ABENA, alimentation et état nutritionnel des bénéficiaires de l'aide alimentaire, 2004-2005.

MODE DE CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • Données mesurées de poids et de taille ; IMC = poids (kg)/taille (m)² ; données pondérées.

LIMITES ET BIAIS • Étude limitée à quatre zones urbaines métropolitaines.

RÉFÉRENCES •

– Bellin-Lestienne C., Deschamps V., Noukpoapé A., Hercberg S., Castetbon K., 2007, « Alimentation et état nutritionnel des bénéficiaires de l'aide alimentaire. Étude Abena 2004-2005 », *Rapport Institut de veille sanitaire, université de Paris 13, Conservatoire national des arts et métiers*, novembre.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR

• Unité de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle (InVS – Paris 13 – CNAM).

CHAMP • France métropolitaine, population âgée de 18 ans ou plus incluse aléatoirement.

SOURCES • INSEE, enquêtes décennales santé 1991-1992 et 2002-2003. Enquêtes par entretiens en face à face.

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • Déclaration du poids et de la taille ; IMC = poids (kg)/taille (m)² ; Données pondérées et redressées.

LIMITES • DOM non représentés. Population résidant en domicile ordinaire, excluant de ce fait les personnes résidant en institutions.

BIAIS • Biais de déclaration du poids et de la taille.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR

• DREES.

CHAMP • France métropolitaine, base permanente TNS-SOFRES, méthode des quotas.

SOURCES • Enquête ObEpi, 1997, 2000, 2003 et 2006. Autoquestionnaires.

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • Déclaration du poids et de la taille ; IMC = poids (kg)/taille (m)².

LIMITES • Enquête par quotas. DOM non représentés. Population résidant en domicile ordinaire, excluant de ce fait les personnes résidant en institutions.

BIAIS • Biais de déclaration sur le poids et la taille.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR

• INSERM, Institut Roche de l'Obésité.

Surpoids et obésité (suite)

péen, 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'obèses) et les plus élevées sont en Allemagne et au Royaume-Uni (respectivement 59 % et 56 % de femmes en surpoids ou obèses dont 23 % d'obèses).

Les données permettant de juger de l'évolution récente des prévalences de surpoids et d'obésité chez les femmes reposent sur des données déclaratives de poids et de taille. Celles-ci qui conduisent généralement à une sous-estimation des prévalences mais permettent de suivre les évolutions de façon rapprochée grâce à des recueils plus aisés à organiser. Ces enquêtes montrent une augmentation régulière des prévalences de sur-

poids et d'obésité depuis les débuts des années 1990 (tableau 1 et graphique 2).

Ainsi, la prévalence de surpoids et d'obésité est-elle passée de 26,9% en 1990 à 36,2% en 2006 d'après les données de l'enquête Santé protection sociale de l'IRDES. Sur la même période, le nombre de personnes obèses a doublé. Selon les données de l'étude ObÉpi, la vitesse d'augmentation semble avoir légèrement marqué le pas. Cette augmentation reste cependant toujours plus élevée chez les femmes que chez les hommes, alors qu'elle était de l'ordre de 20 % entre 1997 et 2000 comme entre 2000 et 2003, elle a été de 15 % entre 2003 et 2006 chez les femmes. ●

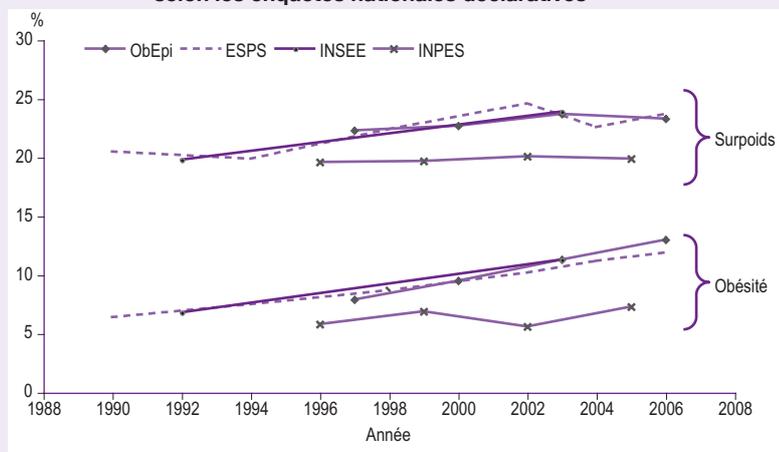
**ORGANISME RESPONSABLE DE LA FICHE • USEN
(InVS – PARIS 13 – CNAM)**

synthèse

Le surpoids et l'obésité touchent 41 % des femmes de 18 à 74 ans en France. Si la fréquence de l'obésité est comparable entre les femmes (17,6 %) et les hommes (16,1%), celle du surpoids est inférieure chez les femmes (23,8%) par rapport aux hommes (41,1 %).

De fortes disparités socio-économiques sont observées chez les femmes, de façon plus marquée que chez les hommes. Les augmentations observées au cours des années 1990-2000 semblent se poursuivre en particulier chez les femmes.

Graphique 2 • Évolution de la prévalence du surpoids et de l'obésité chez les femmes au cours des années 1990-2000 selon les enquêtes nationales déclaratives



CHAMP • France métropolitaine, baromètre Santé nutrition 1996 : population âgée de 18 à 75 ans, baromètre Santé 2000, 2005 et baromètre Santé nutrition 2002 : population âgée de 12 à 75 ans.

SOURCES • INPES, baromètres Santé nutrition 1996 et 2002, Baromètres Santé 2000 et 2005. Enquêtes téléphoniques.

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • Déclaration du poids et de la taille ; $IMC = \text{poids (kg)}/\text{taille (m)}^2$.

LIMITES • DOM non représentés. Population résidant en domicile ordinaire, excluant de ce fait les personnes résidant en institutions.

BIAIS • Biais de déclaration sur le poids et la taille.

RÉFÉRENCES

- Baudier F., Rotily M., Le Bihan G., 1997, Janvrin M.-P., Michaud C., *Baromètre Santé nutrition 1996*, CFES, coll. *Baromètre*, 180 p.
- Guilbert P., Baudier F., Gautier A. (dir.), 2001, *Baromètre Santé 2000*, vol. 2, Éditions du CFES, coll. *Baromètre*, 470 p.
- Guilbert P., Perrin-Escalon H. (dir.), 2004, *Baromètre Santé nutrition 2002*, INPES, coll. *Baromètre*, 259 p.
- Guilbert P., Gautier A. (dir.), 2006, *Baromètre Santé 2005. Premiers résultats*, INPES, 176 p., mars.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • INPES.

CHAMP • France métropolitaine ; foyers dont un membre au moins est âgé de plus de 15 ans et est assuré de l'un des trois régimes de sécurité sociale (CNAMTS, MSA, CANAM).

SOURCES • Enquête ESPS réalisée à partir de trois échantillons représentatifs des assurés aux trois principales caisses de sécurité sociale. Recueil annuel de 1988 à 1994, puis tous les deux ans depuis 1994.

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • Déclaration du poids et de la taille ; $IMC = \text{poids (kg)}/\text{taille (m)}^2$.

LIMITES • DOM non représentés. Population résidant en domicile ordinaire, excluant de ce fait les personnes résidant en institutions.

BIAIS • Biais de déclaration sur le poids et la taille.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • IRDES.

Sédentarité – Activité physique

Une activité physique régulière et un temps réduit passé à des activités sédentaires sont encouragés en raison de leurs effets bénéfiques sur l'état de santé et la réduction de la mortalité. Ces attitudes préservent le capital osseux et préviennent de certains cancers, maladies cardiovasculaires ou diabète de type 2, par exemple.

Une récente expertise de INSERM a permis de faire le point sur ces bénéfices¹.

Il a été en particulier recommandé d'encourager les femmes à pratiquer une activité physique régulière tout au long de leur vie, sans excès cependant.

L'objectif de la loi de santé publique de 2004, adapté de celui du Programme national nutrition santé (PNNS), préconise d'augmenter la proportion de personnes, tous âges confondus, pratiquant au moins 30 minutes d'activité physique d'intensité modérée chaque jour, au moins cinq fois par semaine en passant à 75 % d'hommes et 50 % de femmes adoptant ces pratiques en 2008, contre, respectivement 60 % et 40 % en 2004.

■ PLUS DES DEUX TIERS DES FEMMES DÉCLARENT PRATIQUER UNE ACTIVITÉ PHYSIQUE MODÉRÉE

Les prévalences observées varient entre l'étude nationale nutrition santé (ENNS 2006-2007) de l'InVS et le baromètre Santé 2005 de l'INPES bien que le même questionnaire ait été utilisé (IPAQ²). Ces variations ne peuvent pas être attribuées à des évolutions de pratiques en population dans une période de temps aussi courte. En revanche, les modalités de recueil, réalisées en face à face dans l'ENNS et par téléphone dans le baromètre Santé, peuvent expliquer en partie ces différences. Même si ces deux études fournissent des tendances comparables (à quelques exceptions près), les modalités d'exploitation des données pour construire l'indicateur conduisent à des fréquences sensibles aux proportions de données manquantes ou sans réponse (au-delà des conditions de recueil).

D'après le baromètre Santé et l'ENNS, entre 62,5 % et 78,2 % des femmes adultes pratiquent une activité physique équivalente à au moins 30 minutes d'activité physique modérée voire intense, cinq jours par semaine ou plus. Ces valeurs sont légèrement inférieures aux prévalences observées chez les hommes (63,9 % d'après l'ENNS et 80,4 % d'après le baromètre Santé). La pratique d'une activité physique modérée, selon les données du baromètre Santé, évolue peu avec l'âge, avec toutefois une tendance à la diminution. Ces résultats diffèrent de l'ENNS qui montre au contraire une augmentation (tableau 1). Comme les hommes, les femmes agricultrices pratiquent une activité physique modérée ou élevée plus fréquemment que les femmes cadres. Ces fréquences sont en revanche com-

parables selon les niveaux scolaires: de 63,9 % chez celles de niveau primaire à 61,1 % chez celles ayant fait des études supérieures d'après l'ENNS. Chez les hommes, ces valeurs sont respectivement de 55,3 % et 63,8 %.

■ 24 % À 40 % DES FEMMES ONT UN NIVEAU D'ACTIVITÉ PHYSIQUE « ÉLEVÉ »

La pratique d'une activité physique correspondant à la classe « élevé » de l'IPAQ est considérée, d'après diverses recherches internationales, comme le niveau à atteindre pour être bénéfique à la santé. D'après le baromètre Santé 2005, 39,5 % des femmes de 15 à 74 ans pratiquaient un tel niveau d'activité physique ; c'était le cas de 23,6 % des femmes de 18 à 74 ans dans l'ENNS. Ces fréquences sont inférieures à celles observées chez les hommes, respectivement 52,5 % et 29,5 %, dans le baromètre Santé et l'ENNS. La pratique d'une activité physique élevée évolue peu avec l'âge chez les femmes alors qu'elle diminue chez les hommes (tableau 1).

■ FRÉQUENCES D'ACTIVITÉ PHYSIQUE SELON LE CADRE PROFESSIONNEL

Comme pour l'activité physique modérée ou élevée, de fortes variations des fréquences d'activité physique élevée sont observées selon la profession et catégorie socioprofes-

sionnelle (PCS). D'après l'ENNS, les femmes cadres sont, en proportion, significativement moins nombreuses à pratiquer une activité physique élevée (16,2 %) contre, par exemple, 35,7 % des femmes agricultrices, commerçantes, artisanes, ou 25,5 % des femmes ouvrières et employées. Des différences comparables sont observées chez les hommes, bien qu'elles soient non significatives. Par ailleurs, la pratique d'une activité physique élevée tend à diminuer avec le niveau scolaire chez les femmes alors que chez les hommes, les fréquences les plus basses sont observées chez ceux de niveau primaire d'une part et de niveau supérieur d'autre part (graphique 1).

Au-delà de l'impact de l'activité physique dans le cadre professionnel qui explique partiellement les différences observées entre catégories socioprofessionnelles, les variations de pratiques selon le sexe et l'âge peuvent être en partie rapportées à la pratique régulière d'une activité sportive, qui est moins fréquente chez les femmes que chez les hommes jusqu'à 45 ans (graphique 2). C'est le cas également chez les femmes les plus âgées par rapport aux plus jeunes d'après les données du baromètre Santé 2005. Par ailleurs, les femmes de PCS supérieures ou de niveau d'études supérieures semblent compenser l'absence d'activité physique dans le contexte professionnel par la pratique d'un sport moins fréquemment que ne le font les hommes. ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA FICHE • USEN
(InVS – PARIS 13 – CNAM)

1. Expertise collective de l'INSERM : Activité physique, contextes et effets sur la santé. Les éditions INSERM 2008.

2. Le questionnaire IPAQ (*International Physical Activity Questionnaire*) considère l'activité physique dans sa globalité, menée à tous les moments de la vie quotidienne (au travail, dans la maison ou au jardin) lors des déplacements et pendant le temps libre (voir définition).

synthèse

D'après les données du baromètre Santé (2005) et de l'Étude nationale nutrition santé (ENNS 2006-2007), plus des deux-tiers des femmes pratiquent une activité physique modérée ou élevée. Des variations sont observées par rapport aux hommes, et chez les femmes, selon les professions et catégories socioprofessionnelles. L'activité physique élevée, considérée comme favorable à la santé, est pratiquée en revanche par moins de 40 % des femmes, de façon moins fréquente que chez les hommes. Des variations sont également observées selon la PCS et le niveau d'études.

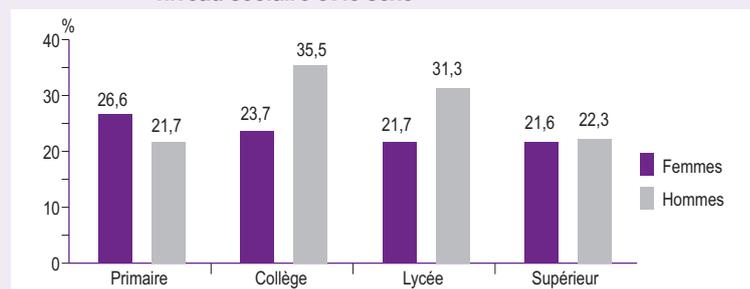
Tableau 1 • Pratique de l'équivalent d'au moins 30 minutes d'activité physique d'intensité modérée au moins cinq fois par semaine et d'une activité physique d'intensité élevée « favorable à la santé », selon le sexe et l'âge En %

	Femmes		Hommes	
	Niveaux « modéré » et « élevé »	Niveau « élevé »	Niveaux « modéré » et « élevé »	Niveau « élevé »
Baromètre Santé 2005				
15-24 ans	82,4	35,8	87,9	59,3
25-34 ans	80,2	39,1	81,6	51,7
35-44 ans	77,0	41,2	77,2	52,5
45-54 ans	77,2	40,8	76,8	51,3
55-64 ans	77,9	42,6	77,1	48,1
65-74 ans	72,7	37,3	81,0	46,7
Étude nationale nutrition santé 2006-2007				
18-24 ans	59,2	22,7	71,9	36,5
25-34 ans	65,5	24,2	72,1	37,1
35-44 ans	59,8	22,7	61,3	26,0
45-54 ans	64,0	28,1	52,7	26,7
55-64 ans	61,5	20,7	67,7	30,6
65-74 ans	65,1	19,5	66,5	22,2

Champ : France métropolitaine, personnes âgées de 15 (baromètre INPES) ou 18 (ENNS) à 74 ans vivant en foyer ordinaire.

Sources : Baromètre Santé 2005, INPES. Étude nationale nutrition santé, 2006-2007, InVS.

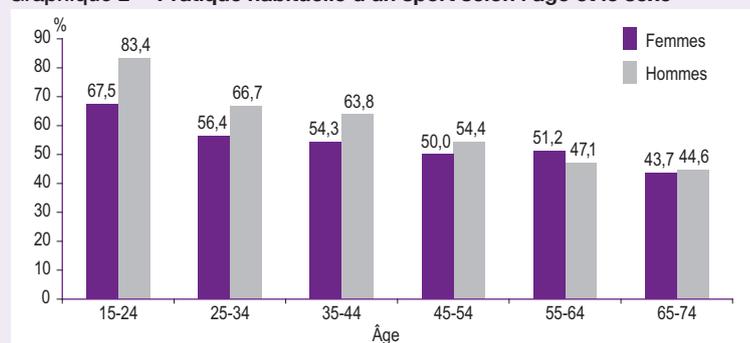
Graphique 1 • Pratique d'une activité physique d'intensité élevée selon le niveau scolaire et le sexe



Champ : France métropolitaine, personnes âgées de 18 à 74 ans vivant en foyer ordinaire.

Sources : Étude nationale nutrition santé, 2006-2007, InVS.

Graphique 2 • Pratique habituelle d'un sport selon l'âge et le sexe



Champ : France métropolitaine, personnes âgées de 15 à 74 ans vivant en foyer ordinaire.

Sources : Baromètre Santé 2005, INPES.

définition

La description de l'activité physique peut reposer sur des mesures physiques objectives (accélérométrie, podométrie...), mais leur coût et leurs contraintes d'utilisation amènent à utiliser des questionnaires reposant sur l'autodéclaration des sujets. Parmi ces questionnaires, l'International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) fournit une des-

cription globale de l'activité physique quelles qu'en soient les circonstances : loisirs, activité professionnelle, transport, tâches ménagères, etc. L'ensemble de ces dépenses physiques, traduit en équivalents métaboliques (met-min/semaine), permet le classement des sujets selon l'intensité des activités physiques réalisées : niveaux « bas », « modéré » ou « élevé ».

CHAMP • France métropolitaine, personnes âgées de 15 à 74 ans vivant en foyer ordinaire.

SOURCES • Baromètre Santé 2005, recueil téléphonique.

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • Les indicateurs d'activité physique ont été construits à partir des déclarations des personnes interrogées sur la fréquence et la durée d'activité physique dans les sept jours précédant l'interview selon son intensité (marche, intensité modérée, intensité élevée). La version téléphonique courte du questionnaire IPAQ a été utilisée. L'indicateur décrivant la proportion de personnes réalisant l'équivalent d'au moins 30 minutes d'activité physique d'intensité modérée au moins cinq fois par semaine a été estimé sur la base du niveau « modéré » de l'IPAQ. Ce niveau est défini par une pratique d'activité physique se rapportant à l'un des trois critères suivants : trois jours ou plus par semaine d'une activité physique intense au moins 20 minutes par jour ; OU cinq jours ou plus par semaine d'une activité physique modérée ou de marche pendant au moins une demi-heure par jour ; OU cinq jours ou plus par semaine d'une combinaison de marche, d'activité modérée ou d'activité intense entraînant une dépense énergétique d'au moins 600 Met-min/semaine. L'indicateur correspondant à un niveau « élevé » du score de l'IPAQ, décrit la proportion de personnes pratiquant une activité physique considérée par les experts du comité de recherche international IPAQ comme « favorable à la santé ». Cette catégorie est définie par la pratique d'une activité physique se rapportant à l'un des deux critères suivants : trois jours ou plus par semaine d'activité intense entraînant une dépense énergétique d'au moins 1 500 Met-min/semaine OU sept jours ou plus par semaine d'une combinaison de marche, d'activité modérée ou d'activité intense, entraînant une dépense énergétique d'au moins 3 000 Met-min/semaine (le décompte des jours étant réalisé par type d'activité, la somme peut être sept).

LIMITES ET BIAIS • Le questionnaire IPAQ n'est pas validé chez les jeunes ; les DOM et les TOM ne sont pas représentés ; les personnes ne parlant pas le français ne sont pas interrogées ; la population d'étude est celle résidant en foyer ordinaire, excluant les personnes vivant en institutions.

BIAIS • Ceux des enquêtes déclaratives : biais de déclaration sur la pratique d'activité physique, surestimation des résultats de l'IPAQ mise en évidence dans d'autres études.

RÉFÉRENCES

- Guilbert P., Perrin-Escalon H., 2006, *Baromètre Santé 2005*, Premiers résultats, Saint-Denis, INPES, mars, 176 p.
- Escalon H., Vuillemin A., Erpelding M.-L., Oppert J.-M., 2007, « Activité physique, sport et sédentarité », in Beck F., Guilbert P., *Baromètre Santé 2005. Attitudes et comportements de santé*, INPES novembre.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • INPES.

CHAMP • France métropolitaine (hors Corse), personnes âgées de 18 à 74 ans vivant en foyer ordinaire.

SOURCES • Étude nationale nutrition santé (ENNS, 2006-2007), recueil en face à face.

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • Le questionnaire et l'utilisation des données sont identiques à ceux exposés pour le baromètre INPES à l'exception du fait que le questionnaire a été posé en face à face. Les données ont été pondérées et redressées.

LIMITES ET BIAIS • Le questionnaire IPAQ n'est pas validé chez les jeunes ; les DOM ne sont pas représentés ; les personnes ne parlant pas le français ne sont pas interrogées ; la population d'étude est celle résidant en foyer ordinaire, excluant les personnes vivant en institutions.

BIAIS • Ceux des enquêtes déclaratives : biais de déclaration sur la pratique d'activité physique, surestimation des résultats de l'IPAQ mise en évidence dans d'autres études.

RÉFÉRENCES

- Unité de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle (USEN), 2007, « Étude nationale nutrition santé (ENNS, 2006). Situation nutritionnelle en France en 2006 selon les indicateurs d'objectifs et les repères du Programme national nutrition santé (PNNS) », rapport Institut de veille sanitaire, université de Paris 13, Conservatoire national des arts et métiers, décembre.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • Unité de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle (InVS – Paris 13 – CNAM).

Hypertension artérielle

L'hypertension artérielle (HTA) est un facteur de risque cardiovasculaire majeur et fréquent. L'HTA est définie par une élévation persistante de la pression artérielle systolique (≥ 140 mm Hg) ou de la pression artérielle diastolique (≥ 90 mm de Hg). Cette définition reflète une appréciation raisonnée – à un moment donné – des niveaux pour lesquels la prise en charge est jugée souhaitable. Ces seuils sont d'ailleurs abaissés en fonction du niveau de risque cardiovasculaire global des patients, particulièrement en cas de diabète ou de risque vasculaire élevé.

L'objectif formulé dans la loi de santé publique du 9 août 2004 vise à diminuer la pression artérielle moyenne en population générale. Cet objectif s'inscrit dans une perspective de prévention primaire du risque cardiovasculaire. Il existe en effet une relation positive et continue entre les niveaux de pression artérielle, systolique et aussi diastolique, et la morbidité cardiovasculaire [Mancia *et al.*, 2007].

■ LES NIVEAUX MOYENS DE PRESSION ARTÉRIELLE PLUS BAS CHEZ LES FEMMES QUE CHEZ LES HOMMES

L'Étude nationale nutrition santé (ENNS) est la première enquête représentative de la population adulte âgée de 18 à 74 ans, résidant en France métropolitaine en 2006 et 2007. Elle permet de décrire les apports alimentaires, l'état nutritionnel et l'activité physique de cette population. Plusieurs facteurs de risque cardiovasculaire ont également été mesurés, dont la pression artérielle. La valeur moyenne de la pression artérielle systolique (PAS) était égale à 123,6 mm Hg et celle de la pression diastolique moyenne (PAD) à 77,8 mm Hg (tableau 1).

La PAS moyenne était significativement plus faible chez les femmes que chez les hommes (118,5 contre 128,7 mm Hg). La PAD était également plus faible dans la population féminine (76,2 contre 79,3 mm Hg).

■ 28 % DES FEMMES DE 18 À 74 ANS HYPERTENDUES

L'hypertension artérielle a été définie sur la base de valeurs élevées de la PAS ou de la PAD ou encore de la prise d'un médicament à action antihypertensive. Dans les conditions de l'enquête (une visite avec trois mesures de la tension artérielle), la prévalence de l'hypertension artérielle est égale à 31 %¹ pour les tranches d'âge concernées (18-74 ans). Cette prévalence est un peu plus faible pour les femmes que pour les hommes (respectivement 27,8 % et 34,1 %) (tableau 2).

Ces valeurs sont assez proches des valeurs relevées aux USA et en Angleterre en 2003. Aux USA, pour les 18 ans et plus, ces valeurs étaient chez les femmes de 28,2 % et de 30,7 % chez les hommes [Leung Ong *et al.*, 2007] ; en Angleterre, elles étaient respectivement de 30,1 % et 33,1 % [Primatesta et Poulter, 2006].

■ LES FEMMES PLUS SOUVENT TRAITÉES ET MIEUX SUIVIES QUE LES HOMMES POUR LEUR HYPERTENSION

Les femmes hypertendues sont plus souvent traitées que les hommes (62 % contre 41 %), la différence étant particulièrement marquée entre 18 et 44 ans : 43,6 % des femmes hypertendues de cette classe d'âge sont traitées, contre seulement 10 % des hommes. La proportion de femmes bénéficiant d'un traitement parmi les hypertendues augmente avec l'âge, de 43,6 % pour la classe d'âge 18-44 ans à 74,4 % pour les 65-74 ans (de 10 % à 65,9 % pour les hommes).

En outre, le contrôle de l'hypertension artérielle est plus fréquent pour les femmes : parmi les femmes hypertendues traitées, 58,5 % ont une pression artérielle suffisamment abaissée au regard des recommandations professionnelles, cette proportion étant de 41,8 % pour les hommes. Si les femmes hypertendues sont plus souvent traitées et contrôlées que les hommes, cette étude montre que la détection, le traitement et le contrôle de l'hypertension artérielle demeurent insuffisants. ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA FICHE • InVS

1. Il s'agit d'une situation d'enquête susceptible de surestimer la prévalence de l'hypertension artérielle et à l'inverse, de sous-estimer la proportion de personnes hypertendues traitées. Dans la pratique clinique, ce diagnostic suppose l'observation de valeurs élevées en plusieurs occasions.

synthèse

L'enquête ENNS, réalisée en 2006-2007 sur un échantillon représentatif de la population française métropolitaine âgée de 18 à 74 ans, a permis de faire les constats suivants : les pressions moyennes systoliques et diastoliques sont moins élevées pour les femmes que pour les hommes. Parallèlement, la prévalence de l'hypertension artérielle est un peu plus faible en population féminine : 27,8 % contre 34,1 % pour les hommes. En cas d'hypertension artérielle, les femmes sont plus souvent traitées que les hommes (62 % contre 41 %). Enfin, si le contrôle de la tension artérielle était trop peu souvent obtenu, il est néanmoins plus fréquent pour les femmes (58,5 % contre 41,8 %).

Tableau 1 • Pression artérielle systolique et diastolique moyenne en population générale

Classe d'âge	Hommes	Femmes	Les deux sexes
Pression artérielle systolique moyenne (mm Hg)			
18 à 44 ans	120,7	109,7	115,3
45 à 64 ans	133,7	122,3	128,0
65 à 74 ans	142,5	135,9	139,0
Total 18-74 ans	128,7	118,5	123,6
Pression artérielle diastolique moyenne (mm Hg)			
18 à 44 ans	74,1	72,3	73,2
45 à 64 ans	84,1	78,9	81,5
65 à 74 ans	82,7	80,6	81,6
Total 18-74 ans	79,3	76,2	77,8

Champ : France métropolitaine (18-74 ans).

Sources : Enquête ENNS 2006-2007.

CHAMP • France métropolitaine, 18-74 ans.

SOURCES • ENNS 2006-2007.

MODE DE CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • Pressions artérielles moyennes : moyennes des deux dernières mesures ; hypertension artérielle : PAS \geq 140 mm Hg ou PAD \geq 90 mm Hg ou prise de médicament à action anti-hypertensive. Le contrôle thérapeutique de l'HTA a été défini pour une PAS < 140 mm Hg et une PAD < 90 mm Hg.

LIMITES ET BIAIS • Trois mesures de la TA en une seule occasion. En clinique, le diagnostic d'hypertension artérielle implique l'observation de mesures élevées en plusieurs occasions.

RÉFÉRENCES •

– Mancia G., De Backer G., Dominiczak A. *et al.*, 2007, « Guidelines for the Management of Arterial Hypertension: The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC) », *J Hypertens*; 25: 1105-87.

– Leung Ong K., Cheung B., Bun Man Y., Pak Lau C., Lam K., 2007, « Prevalence, awareness, treatment of hypertension among United States adults 1999-2004 », *Hypertension*; 49: 69-75.

– Primates P., Poulter N., 2006, « Improvement in hypertension management in England: results from the Health survey for England 2003 », *J Hypertens*, 24: 1187-92.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • InVS.

Tableau 2 • Prévalence de l'hypertension artérielle En %

Classe d'âge	Hommes	Femmes	Les deux sexes
Hypertension artérielle			
18 à 44 ans	10,5	8,8	9,6
45 à 64 ans	50,3	36,2	43,3
65 à 74 ans	69,9	65,0	67,3
Total 18-74 ans	34,1	27,8	31,0
Dont hypertension artérielle traitée			
18 à 44 ans	10,0	43,6	24,9
45 à 64 ans	38,7	59,6	47,4
65 à 74 ans	65,9	74,4	70,3
Total 18-74 ans	41,0	62,0	50,3
Dont hypertension artérielle traitée et contrôlée			
18 à 44 ans	79,3	75,7	76,4
45 à 64 ans	44,6	61,5	53,4
65 à 74 ans	33,9	49,6	42,5
Total 18-74 ans	41,8	58,5	50,9

Champ : France métropolitaine (18-74 ans).

Sources : Enquête ENNS 2006-2007.

Cardiopathies ischémiques

La loi de santé publique préconise de réduire la mortalité cardiovasculaire de 13 % en 2008. Cet objectif est centré sur la réduction de la mortalité associée aux cardiopathies ischémiques (-10 % chez les femmes). Les principaux indicateurs de suivi de cet objectif sont basés sur l'exploitation des certificats de décès par le CépiDc de l'INSERM. Les décès par cardiopathies ischémiques représentent une proportion importante des décès cardiovasculaires (27,1 % en 2005); le nombre de ces décès serait toutefois sous-estimé dans la statistique nationale des causes de décès, en raison du peu d'information dont disposent les médecins certificateurs, notamment en cas de mort subite coronaire (travaux des registres Monica).

■ UNE MORTALITÉ EN BAISSÉ MALGRÉ LE VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION

En 2005, 40 597 décès par cardiopathies ischémiques ont été enregistrés en France métropolitaine dont 17 612 concernaient des femmes et 22 985 des hommes. Les cardiopathies ischémiques constituent la troisième cause de mortalité féminine, après les tumeurs (dans leur ensemble) et les accidents vasculaires cérébraux.

Le taux de mortalité par cardiopathies ischémiques augmente fortement avec l'âge pour les femmes comme pour les hommes. En 2005, les taux bruts pour 100 000 femmes étaient de 2,9 pour les moins de 65 ans, de 147,4 pour les 65-84 ans et de 1 137,6 pour les plus de 85 ans. Le nombre de décès, le taux brut et le taux standardisé sur l'âge sont toutefois moins élevés chez les femmes que chez les hommes, le taux de décès standardisés sur l'âge étant multiplié par 2,5 chez les hommes en 2005 (tableau 1). Les décès par cardiopathies ischémiques sont plus fréquents dans un croissant nord-est qui va de la Bretagne à l'Alsace.

Entre 1990 et 2005, on observe une baisse importante des effectifs, des taux bruts et des taux standardisés de décès par cardiopathies ischémiques dans la statistique nationale. Sur cette période, la diminution observée était un peu plus importante pour les femmes (-38 %) que pour les hommes (-32%), soit globalement -35 % (taux standardisés). Par ailleurs, pour les femmes, la diminution était un peu plus marquée avant 65 ans : -43 % contre -38 % après 64 ans (graphique 1). Entre 2000 et 2005, l'évolution était similaire pour les femmes et les hommes : le taux standardisé de mortalité par cardiopathies ischémiques a diminué de 18 % pour les femmes, comme pour les hommes.

■ MOINS DE 30 % DES HOSPITALISATIONS CONCERNENT LES FEMMES

En 2005, le nombre de femmes concernées par une ou plusieurs hospitalisations complètes pour cardiopathies ischémiques (au moins une nuit d'hospitalisation) était de 65 499. Parmi elles, un peu plus de la moitié, 36 973, ont été hospitalisées pour syndrome coronaire aigu et 19 326, pour infarctus du myocarde. Les taux standardisés correspondants pour 100 000 femmes sont de 131,6 pour hospitalisation, 69,6 pour syndrome coronaire aigu et 33,9 pour infarctus du myocarde. Pour les hommes ces taux sont respectivement de 436,0, 213,2 et 107,0 pour 100 000 (tableau 2).

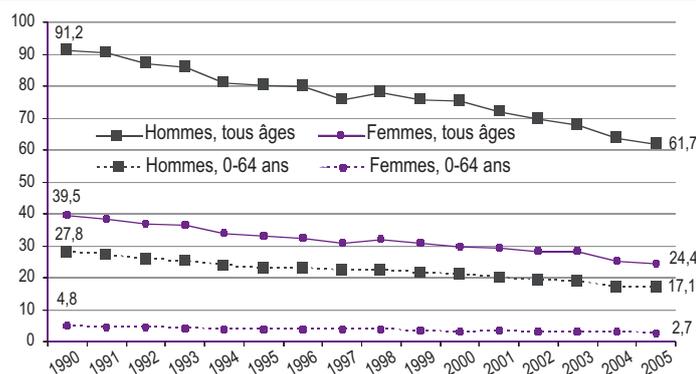
Au total, les services de soins de courte durée MCO ont enregistré près de 313 000 séjours motivés par une cardiopathie ischémique en 2005, dont 91 100 concernaient des femmes (tableau 3). Ces séjours ont surtout concerné des hommes (71 %), les taux d'hospitalisation étant plus élevés pour les hommes que pour les femmes dans tous les groupes d'âges. Entre 1997 et 2005, le taux standardisé d'hospitalisation a diminué de 3,6 % pour les femmes et 7,2 % pour les hommes. ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA FICHE • InVS

synthèse

La mortalité par cardiopathies ischémiques a diminué de 38 % pour les femmes et de 32 % pour les hommes entre 1990 et 2005 (taux standardisés). Cette tendance à la baisse des décès par cardiopathies ischémiques s'inscrit dans une tendance plus ancienne, cette baisse ayant débuté à la fin des années 1970 pour les personnes de moins de 75 ans et au milieu des années 1980 pour les plus âgés. Ces tendances sont attribuées aux améliorations progressives tant de la prévention primaire, individuelle mais aussi collective, que de la prise en charge des malades à la phase aiguë et de la prévention secondaire.

Graphique 1 • Taux* de décès par cardiopathies ischémiques de 1990 à 2005 selon le sexe



*Taux de décès pour 100 000 standardisé par âge (selon pop. Eurostat).

Tableau 1 • Effectifs et taux* de décès par cardiopathies ischémiques en 1990, 2000 et 2005 selon le sexe et la classe d'âge

Âge/sexe	Année	Effectifs	Taux de décès*	Variation 2005-1990**	Variation 2005-2000***
0-64 ans					
Femmes	1990	1 156	4,8		
	2000	797	3,2		
	2005	735	2,7	-43 %	-16 %
Hommes	1990	6 269	27,8		
	2000	5 005	21		
	2005	4 505	17,1	-38 %	-19 %
65 ans ou plus					
Femmes	1990	21 408	320,4		
	2000	19 193	244,6		
	2005	16 877	199,7	-38 %	-18 %
Hommes	1990	20 455	604,5		
	2000	20 333	517,4		
	2005	18 480	422,3	-30 %	-18 %
Tous âges					
Femmes	1990	22 564	39,5		
	2000	19 990	29,8		
	2005	17 612	24,4		
Hommes	1990	26 724	91,2		
	2000	25 338	75,6		
	2005	22 985	61,7	-32 %	-18 %
Total	1990	49 288	61,9		
	2000	45 328	49,4		
	2005	40 597	40,4	-35 %	-18 %

* Taux de décès pour 100 000 standardisé par âge (selon pop. Eurostat). Codes CIM 9 : 410-414, CIM 10 : I20-I25.

** (Taux 2005 - Taux 1990) * 100 / Taux 1990.

*** (Taux 2005 - Taux 2000) * 100 / Taux 2000.

Champ : France métropolitaine.

Sources : INSERM-CépiDc.

CHAMP • France métropolitaine, population tous âges.

SOURCES • INSERM-CépiDc (Eurostat pour les comparaisons européennes).

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • Effectifs, taux bruts et taux standardisés sur la population européenne (Eurostat - population Europe IARC 1976). Pour les cardiopathies ischémiques, ont été retenus les décès comportant en cause initiale un des codes CIM 9 : 410-414 jusqu'en 1999 et CIM 10 : I20-I25 à partir de 2000.

LIMITES ET BIAIS • Sous-estimation des cardiopathies ischémiques en tant que cause initiale de décès en particulier en cas de mort subite coronaire inaugurale.

RÉFÉRENCES •

- Wagner A., Montaye M., Bingham A. *et al.*, 2006, « Baisse globale de la mortalité mais pas de l'incidence de la maladie coronaire en France », *Bull Epidemiol Hebd*, InVS, 8-9 : 65-66, février.

- Ducimetière P., Jouglu E., Haas B. *et al.*, 2006, « Mortalité coronaire en France selon les sources d'information », *Rev Epidemiol Santé Publique*, 54 : 453-61.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • INSERM-CépiDc.

Tableau 2 • Nombre et taux de personnes hospitalisées pour cardiopathies ischémiques en 2005*

	Nombre de personnes hospitalisées			Taux brut			Taux standardisé		
	Femmes	Hommes	Les deux sexes	Femmes	Hommes	Les deux sexes	Femmes	Hommes	Les deux sexes
Cardiopathie ischémique	65 499	149 977	215 476	202,8	491,5	343,0	131,6	436,0	273,5
Syndrome coronaire aigu	36 973	73 957	110 930	114,5	242,4	176,6	69,6	213,2	136,4
Infarctus du myocarde	19 236	37 045	56 371	59,8	121,4	89,7	33,9	107,0	68,1

* Hospitalisations complètes, hors hospitalisations de jour et GHM de transfert

Champ : France entière.

Sources : Base nationale PMSI et estimation localisée de population (INSEE).

CHAMP • France entière.

SOURCES • Bases nationales PMSI (DHOS, ATIH), exploitations DREES (séjours) et InVS (personnes) pour les séjours hospitaliers et estimations localisées de population (INSEE).

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • Ont été retenus les séjours comportant un des codes CIM 10 : I20-I25 en diagnostic principal ; la population utilisée pour calculer les taux standardisés d'hospitalisation est la population européenne (Eurostat - population Europe IARC 1976).

LIMITES ET BIAIS • Pour les personnes concernées par une hospitalisation complète pour cardiopathie ischémique, le calcul a été effectué sur la base nationale non redressée (tableau 2) : seuls les séjours en hospitalisation complète (en excluant les séjours, les hospitalisations de jour et les transferts) ont été pris en compte. Pour le tableau 3, les unités de compte sont les séjours et non les patients ; il s'agit de données redressées prenant en compte les défauts d'exhaustivité du PMSI liés à des non-réponses partielles ou totales d'établissements de santé ; ce taux d'exhaustivité évalué en journées par comparaison avec la statistique annuelle des établissements (SAE) est en augmentation constante passant de 94 % en 1998 à 99 % en 2005.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • InVS (pour les personnes) et DREES (pour les séjours).

Tableau 3 • Hospitalisations annuelles en soins de courte durée MCO pour cardiopathies ischémiques selon le sexe*

	Nombre de séjours MCO			Taux brut d'hospitalisation pour 100 000			Taux standardisé d'hospitalisation pour 100 000		
	Femmes	Hommes	Les deux sexes	Femmes	Hommes	Les deux sexes	Femmes	Hommes	Les deux sexes
1997	82 900	206 600	289 500	269,9	712,1	484,7	194,2	701,8	430,8
1998	82 300	208 000	290 300	267,0	714,6	484,4	189,3	693,0	423,7
1999	82 700	204 600	287 300	267,3	700,4	477,6	187,1	671,2	412,8
2000	85 000	211 400	296 400	272,8	719,2	489,6	189,7	681,7	418,7
2001	87 300	215 500	302 800	278,6	727,7	496,7	192,6	681,8	420,3
2002	89 300	219 200	308 500	282,9	734,8	502,4	192,3	679,4	419,0
2003	90 700	222 500	313 200	285,4	740,7	506,5	192,0	676,7	417,9
2004	92 300	223 500	315 800	288,2	739,0	507,2	192,6	667,2	413,6
2005	91 100	221 800	312 900	282,8	728,9	499,5	187,2	651,0	403,2

* Hospitalisations annuelles en soins de courte durée MCO pour cardiopathie ischémique (codes CIM 10 : I20-I25) selon le sexe

Champ : France entière.

Sources : Base nationale PMSI et estimation localisée de population (INSEE).

Insuffisance cardiaque

L'insuffisance cardiaque chronique est un syndrome hétérogène qui peut compliquer différentes pathologies cardiovasculaires: cardiopathies ischémiques, cardiomyopathies, hypertension artérielle (HTA)... Elle évolue en dents de scie avec des phases de décompensation aiguë qui représentent une cause fréquente d'hospitalisation des personnes âgées. Une part importante des réhospitalisations pour décompensation cardiaque pourrait être évitée par une prise en charge multifactorielle adaptée à la pathologie. À noter que des épisodes de décompensation cardiaque aiguë peuvent également compliquer des pathologies non cardiaques telles qu'embolie pulmonaire, infection pulmonaire, anémie sévère.

Un des objectifs de la loi de santé publique vise à diminuer la mortalité et la fréquence des décompensations aiguës des personnes atteintes d'insuffisance cardiaque.

Les indicateurs de surveillance épidémiologique de l'insuffisance cardiaque sont peu nombreux en France, alors que cette pathologie est fréquente et de mauvais pronostic. La fiabilité du codage de l'insuffisance cardiaque dans les bases de données médico-administratives (PMSI, certificats de décès) doit être expertisée. En effet, sur les certificats de décès comme dans le PMSI, il peut y avoir codage de la pathologie à l'origine de l'insuffisance cardiaque, ou encore des causes immédiates de la décompensation aiguë, plutôt que de l'insuffisance cardiaque. En conséquence, les données issues de ces bases sous-estiment probablement la fréquence de ce syndrome.

ont eu plusieurs séjours pour ce motif au cours de cette même année et 4,1 %, au moins trois séjours (respectivement 18,4 % et 5,2 % chez les hommes). Au total, les services de soins de courte durée MCO ont enregistré cette même année un peu plus de 182 000 séjours pour lesquels l'insuffisance cardiaque était le diagnostic principal notifié, dont 87 600 concernaient des femmes (tableau 2). Les séjours féminins étaient un peu moins nombreux (48 %) et les taux d'hospitalisation féminins, plus faibles dans toutes les classes d'âge.

Cette maladie touche particulièrement les personnes âgées et près de neuf séjours sur dix concernent des 65 ans ou plus (92,6 % pour les femmes et 82,3 % pour les hommes). Un peu plus du quart des séjours (28,6 %) concernaient des personnes de plus de 85 ans, cette proportion étant plus élevée chez les femmes (39,2 %) que chez les hommes (18,8 %). Le taux d'hospitalisation dans cette tranche d'âge a atteint 4,3 % pour les femmes et 5,8 % pour les hommes en 2005 (tableau 3).

Entre 1997 et 2005, le nombre de séjours et le taux brut d'hospitalisation pour insuffisance cardiaque ont respectivement augmenté de 25,5 % et 19,7 % en lien avec le vieillissement de la population. Le taux standardisé d'hospitalisation pour ce motif, qui était resté relativement stable entre 1998 et 2004, a légèrement augmenté en 2005. Ces évolutions étaient très similaires pour les femmes et les hommes. ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA FICHE • INVS

1. Exclusion des séances, hospitalisations de jour et GHM de transferts.
2. Le nombre de personnes hospitalisées en 2005 avec un diagnostic principal ou un diagnostic associé d'insuffisance cardiaque est deux fois plus élevé (288 000).

■ LES TAUX DE DÉCÈS PAR ÂGE SONT PLUS FAIBLES EN POPULATION FÉMININE

En 2005, le nombre de décès pour lesquels l'insuffisance cardiaque était notifiée comme cause initiale sur les certificats de décès s'élevait à 21 746, soit pour 100 000, un taux brut de 35,7 et un taux standardisé sur l'âge de 19,3 (tableau 1).

La quasi-totalité des décès par insuffisance cardiaque concernait des personnes âgées de 65 ans ou plus (96,3 %). Parmi ces décès, 36,8 % sont survenus entre 65 et 84 ans et 59,5 %, chez des personnes au-delà de 85 ans; pour les femmes, ces proportions sont respectivement égales à 28,3 et 70,1 %.

Le nombre global de décès par insuffisance cardiaque est plus élevé dans la population féminine (13 138) contre 8 608 décès masculins. Toutefois, les taux standardisés sur l'âge sont plus élevés dans la population masculine (+35,9 % : 22,7 pour 100 000 contre 16,7 pour 100 000 pour les femmes). Cela est dû au fait que le nombre et le taux de décès féminins sont plus faibles que ceux des hommes avant 85 ans. Après 85 ans, le taux de décès féminin est proche du taux masculin, mais le nombre de décès féminins reste élevé du fait de leur plus grand poids démographique à ces âges.

Malgré le vieillissement de la population française, le nombre de décès pour lesquels la

cause initiale notifiée est l'insuffisance cardiaque a diminué de 20 % entre 1990 et 2005, cette réduction étant plus marquée lorsque l'on considère les taux standardisés sur l'âge (-34 %). Cette évolution est relativement homogène pour les femmes et les hommes : respectivement -35 % et -34 % pour la période 1990-2005 (graphique 1).

■ LA HAUSSE DU NOMBRE D'HOSPITALISATIONS EST EN LIEN AVEC LE VIEILLESSEMENT DE LA POPULATION

En 2005, 138 251 personnes, dont 68 548 femmes, ont eu une ou plusieurs hospitalisations complètes¹ en soins de courte durée comportant un diagnostic principal d'insuffisance cardiaque². Parmi ces femmes, 16,0 %

synthèse

Un premier examen des données relatives à l'insuffisance cardiaque dans les bases médico-administratives montre que le nombre de décès pour lesquels l'insuffisance cardiaque était notifiée en cause initiale s'élevait à 21 746 en 2005. Le nombre de décès féminins (13 138) était plus élevé que celui des hommes (8 608), mais le taux standardisé sur l'âge, plus faible. La quasi-totalité des décès concernaient des personnes de 65 ans ou plus. Le nombre de décès a diminué de 20 % entre 1990 et 2005 (22 % chez les femmes); la réduction était de 34 % pour les taux standardisés sur l'âge, similaire chez les femmes et les hommes.

Entre 2000 et 2005, le nombre de décès pour insuffisance cardiaque a diminué de 9 % et le taux standardisé de 13 %. Sur la même période, le nombre d'hospitalisations pour insuffisance cardiaque a augmenté de 13,5 % et le taux standardisé d'hospitalisation de 2,6 %. À âge égal, les taux d'hospitalisation sont moins élevés chez les femmes que chez les hommes. En 2005, l'insuffisance cardiaque a motivé près de 182 000 séjours hospitaliers en MCO dont 87 600 chez les femmes.

Tableau 1 • Effectifs et taux* de décès pour insuffisance cardiaque en 1990, 2000 et 2005 selon le sexe et l'âge

	Année	Effectifs	Taux de décès*	Variation 2005/1990**	Variation 2005/2000***
0-64 ans					
Femmes	1990	316	1,3		
	2000	221	0,9		
	2005	209	0,8	-40%	-13%
Hommes	1990	889	3,9		
	2000	599	2,5		
	2005	585	2,2	-42%	-12%
65 ans ou plus					
Femmes	1990	16577	222,2		
	2000	14424	165,0		
	2005	12929	145,8	-34%	-12%
Hommes	1990	9480	281,5		
	2000	8655	221,8		
	2005	8023	188,4	-33%	-15%
Tous âges					
Femmes	1990	16893	25,6		
	2000	14645	19,0		
	2005	13138	16,7	-35%	-12%
Hommes	1990	10369	34,4		
	2000	9254	26,7		
	2005	8608	22,7	-34%	-15%
Total	1990	27262	29,3		
	2000	23899	22,1		
	2005	21746	19,3	-34%	-13%

* Taux de décès pour 100 000 standardisés par âge (selon pop. européenne code CIM 9: 410-414, CIM 10: I20-I25).

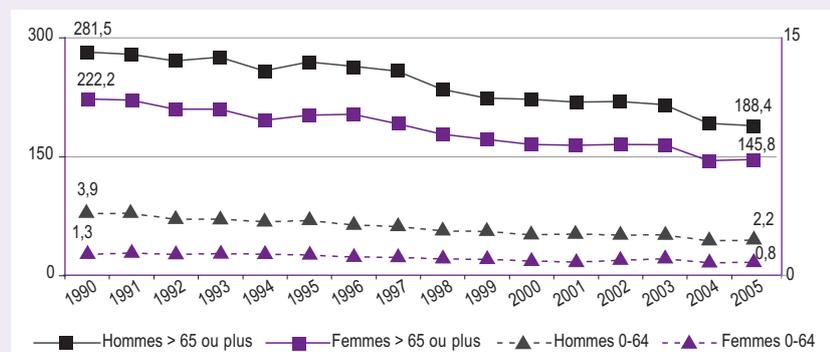
** (Taux 2005 - Taux 1990) * 100 / Taux 1990.

*** (Taux 2005 - Taux 2000) * 100 / Taux 2000.

Champ: France métropolitaine.

Sources: INSERM - CépiDc.

Graphique 1 • Taux* de décès par insuffisance cardiaque de 1990 à 2005 selon le sexe et l'âge



* Taux de décès pour 100 000 standardisés par âge (selon pop. européenne code CIM 9: 410-414, CIM 10: I20-I25).

Champ: France métropolitaine. Sources: INSERM - CépiDc.

Tableau 2 • Hospitalisations annuelles en soins de courte durée MCO pour insuffisance cardiaque selon le sexe

	Nombre de séjours MCO			Taux brut d'hospitalisation pour 100 000			Taux standardisé d'hospitalisation pour 100 000		
	Femmes	Hommes	Les deux sexes	Femmes	Hommes	Les deux sexes	Femmes	Hommes	Les deux sexes
1997	70 300	74 600	144 900	228,9	257,1	242,6	120,6	232,9	167,8
1998	74 300	80 300	154 600	240,9	275,9	257,9	126,3	246,7	177,1
1999	75 300	81 300	156 600	243,3	278,3	260,3	126,3	244,4	176,1
2000	76 200	84 000	160 200	244,6	285,8	264,6	125,7	248,4	177,6
2001	77 700	84 400	162 100	247,7	285,0	265,8	126,1	243,3	175,9
2002	79 500	86 800	166 300	251,5	291,1	270,8	127,2	244,6	177,1
2003	79 300	85 700	165 000	249,3	285,5	266,9	125,0	237,2	173,0
2004	82 200	88 900	171 100	256,9	293,9	274,9	128,0	240,5	175,8
2005	87 600	94 300	181 900	272,1	309,6	290,3	132,8	249,2	182,2

Champ: France entière.

Sources: Base nationale PMSI MCO et estimations localisées de population (INSEE).

CHAMP • France métropolitaine, population tous âges.

SOURCES • INSERM-CépiDc.

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • Effectifs, taux bruts et taux standardisés sur la population européenne (Eurostat - population Europe IARC 1976). Ont été retenus les décès comportant en cause initiale un des codes CIM9 428 jusqu'en 1999 et CIM 10 I50 à partir de 2000.

LIMITES ET BIAS • Sous-estimation de l'insuffisance cardiaque en tant que cause initiale de décès lors de pathologies cardiaques préexistantes (en particulier en cas de cardiopathie ischémique chronique).

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • INSERM-CépiDc.

CHAMP • France entière.

SOURCES • Bases nationales PMSI (DHOS, ATIH, exploitations DREES (séjours) et INVS (personnes) pour les séjours hospitaliers et estimations localisées de population (INSEE).

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • Ont été retenus les séjours comportant un code CIM 10 I50 en diagnostic principal; la population utilisée pour calculer les taux standardisés d'hospitalisation est la population européenne (Eurostat - population Europe IARC 1976).

LIMITES ET BIAS • Pour les séjours, il s'agit de données redressées prenant en compte les défauts d'exhaustivité du PMSI liés à des non-réponses partielles ou totales d'établissements de santé; ce taux d'exhaustivité évalué en journées par comparaison avec la statistique annuelle des établissements (SAE) est en augmentation constante passant de 94 % en 1998 à 99 % en 2005. Pour les personnes concernées par une hospitalisation complète pour insuffisance cardiaque, le calcul a été effectué à partir de la base non redressée de 2005: seuls les séjours en hospitalisation complète (en excluant les séjours, les hospitalisations de jour et les transferts) ont été pris en compte.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • DREES (pour les séjours) et INVS (pour les personnes).

Tableau 3 • Hospitalisations en 2005 en soins de courte durée MCO pour insuffisance cardiaque selon le sexe et l'âge

	Femmes	Hommes	Les deux sexes
Nombre de séjours MCO			
Moins de 25 ans	400	500	900
25 à 44 ans	900	1 700	2 600
45 à 64 ans	5 200	14 500	19 700
Moins de 65 ans	6 500	16 700	23 200
65 à 84 ans	46 800	59 900	106 700
85 ans ou plus	34 300	17 700	52 000
65 ans ou plus	81 100	77 600	158 700
Total tous âges	87 600	94 300	181 900
Taux brut d'hospitalisation pour 100 000			
Moins de 25 ans	4,2	5,2	4,7
25 à 44 ans	10,7	19,2	14,9
45 à 64 ans	66,9	192,4	128,6
Moins de 65 ans	25,0	63,5	44,2
65 à 84 ans	901,5	1 550,5	1 178,3
85 ans ou plus	4 284,7	5 761,6	4 694,3
65 ans ou plus	1 353,9	1 861,0	1 562,0
Total tous âges	272,1	309,6	290,3

Champ: France entière.

Sources: Base nationale PMSI et estimations localisées de population (INSEE).

Accidents vasculaires cérébraux

Les accidents vasculaires cérébraux (AVC) font partie des problèmes majeurs de santé publique, car ils représentent la première cause de handicap moteur de l'adulte, la deuxième cause de démence et la troisième cause de mortalité.

C'est aussi l'une des causes d'hospitalisation en urgence qui mobilisent le plus de ressources, et dont la fréquence et la gravité pourraient être modifiées par des traitements qui ont démontré leur efficacité. La loi de santé publique préconise de réduire la fréquence et la sévérité des séquelles fonctionnelles des AVC.

Les taux d'incidence des AVC proviennent, en France, du seul registre existant à ce jour dans la ville de Dijon. Le programme de médicalisation des systèmes d'informations (PMSI) permet d'approcher le nombre et le taux national des accidents vasculaires cérébraux, incidents ou récurrents. Cependant ces données, conçues avant tout dans une perspective économique, devront être validées.

■ UNE INCIDENCE D'ACCIDENTS VASCULAIRES CÉRÉBRAUX PLUS FAIBLE DANS LA POPULATION FÉMININE

Pour la période 2000 à 2004, le taux d'incidence des accidents vasculaires cérébraux¹ des personnes domiciliées à Dijon est de 99,1 pour 100 000 (taux standardisé sur la population européenne comptabilisant uniquement les premiers AVC dans la vie). Ce taux est moins élevé chez les femmes que chez les hommes (respectivement 80,1 et 124,5 pour 100 000) et n'a pas évolué depuis 20 ans (97,9 pour 100 000 pour la période 1985-1989), malgré les progrès de la prévention du fait probablement de l'amélioration des moyens diagnostiques (CT-scanner, IRM). Toutefois, les évolutions diffèrent selon le type d'accident vasculaire cérébral : le taux d'incidence des AVC d'origine cardio-embolique a diminué au cours des 20 dernières années, alors que celui des infarctus cérébraux lacunaires a augmenté. Par ailleurs, l'âge moyen de survenue du premier AVC a augmenté de cinq ans pour les hommes et de huit ans pour les femmes durant cette période. Pour partie, ces changements sont attribués aux évolutions nosologiques, diagnostiques et thérapeutiques : l'augmentation des infarctus lacunaires pourrait être liée aux améliorations des moyens de diagnostic (scanners et IRM), la diminution des infarctus cérébraux thrombo-emboliques étant mise en relation avec une amélioration de la prise en charge de la fibrillation auriculaire.

■ DES HOSPITALISATIONS FÉMININES POUR AVC PLUS TARDIVES, MAIS PRESQUE AUSSI NOMBREUSES QU'EN POPULATION MASCULINE

En 2005, 142 824 personnes ont eu une hospitalisation complète² pour maladie cérébrovasculaire ou accident ischémique transitoire (AIT)³ : pour 88 265, le PMSI indiquait un diagnostic principal d'accident vasculaire cérébral et pour 29 519, un diagnostic d'accident ischémique transitoire uniquement. Les taux standardisés correspondants sont respectivement égaux à 159,2 pour 100 000 pour les maladies cérébrovasculaires, 96,1 pour 100 000 pour les AVC et 33,1 pour 100 000 pour les AIT (tableau 1).

Au total, les services de soins de courte durée MCO ont enregistré près de 103 500 séjours comportant un diagnostic principal d'accident vasculaire cérébral (codes CIM 10 : I60-I64) en 2005, ce qui représentait un taux brut d'hospitalisation de 164,7 pour 100 000 et un taux standardisé sur la population européenne de 114,7 pour 100 000 (tableau 2). En outre, 35 732 séjours pour accident ischémique transitoire ont été recensés dans le PMSI.

Le nombre global de séjours pour AVC était sensiblement équivalent pour les deux sexes (51 418 séjours féminins et 52 014 séjours masculins). Toutefois, le taux d'hospitalisation standardisé sur l'âge était plus faible chez les femmes (91,7 contre 142,5 pour 100 000 chez les hommes). Cette différence est due au fait

que l'on observe moins d'AVC avant 65 ans chez les femmes, mais plus d'AVC tardifs : 19,8% des séjours pour AVC sont survenus chez des femmes de moins de 65 ans, 53,9% entre 65 et 84 ans et 26,3% pour les 85 ans ou plus, alors que la distribution correspondante était de 32,1%, 56,3% et 11,5% pour les hommes (tableau 3).

Entre 2000 et 2005, le taux standardisé de séjours pour AVC a peu varié (+3,6% pour les femmes et +0,5% pour les hommes).

■ MALGRÉ LEUR DIMINUTION, LES MALADIES CÉRÉBROVASCULAIRES RESTENT UNE CAUSE IMPORTANTE DE DÉCÈS FÉMININS

Les données recueillies sur les certificats de décès montrent que le nombre de décès par maladies cérébrovasculaires (cause initiale) s'élevait à 33 906 en 2005 en France métropolitaine (tableau 4), ce qui représente près de 23% des décès par maladies de l'appareil circulatoire. 14 328 décès concernaient des hommes et 19 578, des femmes. Les maladies cérébrovasculaires représentaient la deuxième cause de mortalité féminine, après les tumeurs.

Comme pour les hospitalisations, les taux standardisés de décès sont plus faibles chez les femmes que chez les hommes (27,4 pour 100 000 contre 37,4 décès pour 100 000). Les taux par tranche d'âge sont en effet plus faibles dans la population féminine avant 85 ans (11 contre 20,5 pour 100 000 hommes entre

Tableau 1 • Nombres et taux de personnes hospitalisées en 2005 pour maladie cérébro-vasculaire, accident ischémique transitoire et accident vasculaire cérébral (hospitalisations complètes, hors séances, hospitalisations de jour et GHM de transfert)

	Nombre de personnes hospitalisées			Taux brut			Taux standardisé		
	Femmes	Hommes	Les deux sexes	Femmes	Hommes	Les deux sexes	Femmes	Hommes	Les deux sexes
Maladies cérébro-vasculaires (I60-I69 ; G45)	68 772	74 052	142 824	212,9	242,7	227,4	124,1	202,2	159,2
Accidents ischémiques transitoires (G45)	15 308	14 211	29 519	47,4	46,6	47,0	28,4	39,0	33,1
Accidents vasculaires cérébraux (I60-I64)	44 244	44 021	88 265	137,0	144,3	140,5	76,5	119,7	96,1

Champ : France entière.

Sources : Base nationale PMSI-MCO non redressée (DHOS, ATIH, exploitation InVS) et estimations localisées de population (INSEE).

Tableau 2 • Nombre et taux de séjours en soins de courte durée MCO pour accident vasculaire cérébral (codes CIM10 I60 à I64) : évolution 2000-2005

	Nombre de séjours MCO			Taux brut d'hospitalisation pour 100 000			Taux standardisé d'hospitalisation pour 100 000		
	Femmes	Hommes	Les deux sexes	Femmes	Hommes	Les deux sexes	Femmes	Hommes	Les deux sexes
2000	46 279	46 989	93 269	148,1	159,3	153,5	88,5	141,7	112,2
2001	46 379	46 389	92 768	147,4	156,1	151,6	86,8	137,3	109,4
2002	47 629	47 825	95 454	150,3	159,8	154,9	88,5	138,9	111,0
2003	48 504	48 160	96 664	152,0	159,8	155,8	88,9	137,0	110,6
2004	49 978	50 519	100 497	155,7	166,5	160,9	90,5	141,5	113,6
2005	51 418	52 014	103 432	159,2	170,4	164,7	91,7	142,5	114,7

Champ : France entière.

Sources : Base nationale PMSI-MCO non redressée (DHOS, ATIH, exploitation InVS) et estimations localisées de population (INSEE).

Tableau 3 • Séjours 2005 en soins de courte durée MCO pour accident vasculaire cérébral (codes CIM 10 I60 à I64) selon le sexe et l'âge

Classe d'âge	Femmes	Hommes	Les deux sexes
Nombre de séjours MCO			
Moins de 25 ans	537	686	1 223
25 à 44 ans	2 689	2 808	5 497
45 à 64 ans	6 952	13 220	20 172
<i>Moins de 65 ans</i>	<i>10 178</i>	<i>16 714</i>	<i>26 892</i>
65 à 84 ans	27 728	29 310	57 038
85 ans ou plus	13 512	5 990	19 502
<i>65 ans ou plus</i>	<i>41 240</i>	<i>35 300</i>	<i>76 540</i>
Total tous âges	51 418	52 014	103 432
Taux brut d'hospitalisation pour 100 000			
Moins de 25 ans	5,5	6,8	6,2
25 à 44 ans	30,9	32,6	31,8
45 à 64 ans	88,3	174,0	130,4
<i>Moins de 65 ans</i>	<i>38,7</i>	<i>63,5</i>	<i>51,1</i>
65 à 84 ans	536,3	759,2	631,6
85 ans ou plus	1 614,5	1 829,3	1 674,9
<i>65 ans ou plus</i>	<i>686,6</i>	<i>842,9</i>	<i>750,8</i>
Total tous âges	159,2	170,4	164,7

Champ : France entière.

Sources : Base nationale PMSI-MCO non redressée (DHOS, ATIH, exploitation InVS) et estimation localisée de population.

CHAMP • France entière.

SOURCES • Base nationale PMSI non redressée (DHOS, ATIH, exploitation InVS) pour les séjours hospitaliers et estimations localisées de population (INSEE).

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • Ont été retenus les séjours comportant un des codes CIM 10 : I60-I69 ou G45 pour les maladies cérébrovasculaires, G45 pour les accidents ischémiques transitoires et I60 à I64 pour les accidents vasculaires cérébraux. La population utilisée pour calculer les taux standardisés d'hospitalisation est la population européenne, les deux sexes (Eurostat – pop Europe IARC 1976).

LIMITES ET BIAIS • Le taux d'exhaustivité de la base PMSI, évalué en journées par comparaison avec la statistique annuelle des établissements (SAE), est en augmentation constante passant de 94 % en 1998 à 99 % en 2005. Les unités de compte sont les patients pour le tableau 1 et les séjours pour les deux suivants.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • InVS et DREES.

Accidents vasculaires cérébraux (suite)

45 et 64 ans, 167,4 contre 224 pour 100 000 entre 65 et 84 ans en 2005) et sensiblement identiques pour les deux sexes à près 84 ans (1 216,6 contre 1 249,1 pour 100 000 hommes). Toutefois, compte tenu de leur poids démographique à près 65 ans, 59,7 % des décès par maladies cérébrovasculaires survenus à ces âges concernaient des femmes.

Entre 1990 et 2005, il y a eu une forte diminution du nombre de décès par maladies cérébrovasculaires (graphique 1) : de 48 528 en 1990 à 33 906 en 2005 (-30 %). La réduction est de 43 % à structure d'âge constante (taux standardisés), cette différence étant équivalente pour les hommes et les femmes, les

moins de 65 ans et les plus âgés. La diminution des taux standardisés est restée marquée entre 2000 et 2005 (-19 %). ●

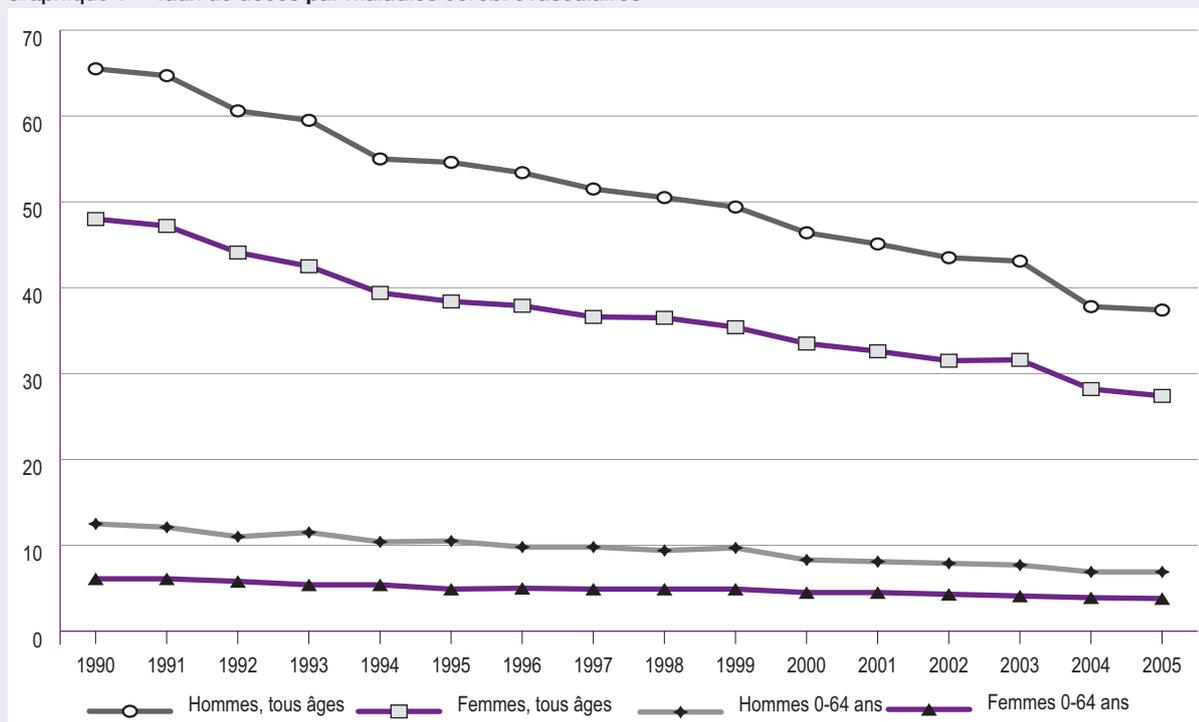
ORGANISME RESPONSABLE DE LA FICHE • InVS

1. Benatru I. *et al.*, 2006, « Stable stroke incidence rates but improved case-fatality in Dijon, France, from 1985 to 2004 », *Stroke*, 37 : 1674-1679; Bejot Y. *et al.*, 2007, *Bull Epidemiol Hebd*, InVS, 17 : 140-3, mai.
2. Au moins une nuit d'hospitalisation, sauf en cas de décès et après exclusion des GHM de transferts.
3. Codes CIM 10 : I60-I69 (« maladies cérébrovasculaires ») ou G45 (« AIT »). À noter que dans la CIM 10, contrairement à la CIM 9, les accidents ischémiques transitoires (G45) ont été placés dans le chapitre des maladies du système nerveux (G).

synthèse

Les accidents vasculaires cérébraux sont une cause majeure de mortalité et de handicap. Ils ont motivé près de 103 500 séjours hospitaliers en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) en 2005, dont près de la moitié concernaient des femmes. Les données recueillies par le seul registre français des accidents vasculaires cérébraux montrent que les taux standardisés d'incidence n'ont pas diminué entre 1985 et 2004, sans doute au moins en partie en lien avec la plus grande sensibilité des moyens diagnostiques et, pour les dernières années, l'élargissement de la définition des AVC. Les statistiques sur les causes médicales de décès montrent toutefois une diminution continue – et ancienne – des taux standardisés de décès pour maladies cérébrovasculaires chez les femmes comme chez les hommes (réduction de 43 % des taux standardisés de décès entre 1990 et 2005 et de 19 % entre 2000 et 2005).

Graphique 1 • Taux de décès par maladies cérébrovasculaires



Champ : France métropolitaine.
Sources : INSERM-CépiDc.

Tableau 4 • Effectifs et taux* de décès par maladies cérébrovasculaires en 1990, 2000 et 2005 selon le sexe et la classe d'âge

Âge/sexe	Année	Effectifs	Taux de décès*	Variation 2005/1990**	Variation 2005/2000***
0-64 ans					
Femmes	1990	1 457	6,1		
	2000	1 121	4,5		
	2005	1 036	3,8	-37 %	-15 %
Hommes	1990	2 845	12,5		
	2000	1 978	8,3		
	2005	1 813	6,9	-45 %	-17 %
65 ans ou plus					
Femmes	1990	27 353	387,0		
	2000	21 343	268,0		
	2005	18 542	218,4	-44 %	-18 %
Hommes	1990	16 873	494,2		
	2000	13 962	354,7		
	2005	12 515	284,3	-42 %	-20 %
Tous âges					
Femmes	1990	28 810	48,0		
	2000	22 464	33,5		
	2005	19 578	27,4	-43 %	-18 %
Hommes	1990	19 718	65,5		
	2000	15 940	46,4		
	2005	14 328	37,4	-43 %	-19 %
Total	1990	48 528	55,4		
	2000	38 404	39,0		
	2005	33 906	31,8	-43 %	-19 %

CHAMP • France métropolitaine, population tous âges, maladies cérébrovasculaires.

SOURCES • CépiDc-INSERM (Eurostat pour les comparaisons européennes).

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • Effectifs, taux bruts et taux standardisés sur la population européenne (Eurostat – population Europe IARC 1976). Ont été retenus les décès comportant en cause initiale un des codes CIM 9 : 430-438 jusqu'en 1999 et CIM 10 : I60-I69 à partir de 2000.

LIMITES ET BIAIS • Sous-estimation probable des maladies cérébrovasculaires en tant que cause initiale de décès.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • INSERM-CépiDc.

* Taux de décès pour 100 000 standardisés par âge (selon pop. Eurostat). (CIM 9 : 430-438 de 1990 à 1999, CIM 10 : I60-I69 à partir de 2000.)

** (Taux 2005 - Taux 1990) * 100 / Taux 1990.

*** (Taux 2005 - Taux 2000) * 100 / Taux 2000.

Champ : France métropolitaine.

Sources : INSERM-CépiDc.

Asthme

L'asthme est une des maladies chroniques les plus fréquentes chez l'adulte et chez l'enfant. On estime qu'elle atteint en France 3,5 millions de personnes. Bien qu'il existe des traitements préventifs qui permettent, chez les patients asthmatiques, d'empêcher la survenue de crises d'asthme, cette maladie est souvent mal contrôlée, de nombreux patients ne bénéficiant pas d'un traitement préventif optimal. À cet égard, des recommandations pour le suivi médical des patients asthmatiques et l'éducation thérapeutique ont été élaborées par la Haute Autorité de santé (HAS). Un guide permet également d'expliquer aux personnes admises en affection de longue durée (ALD), au titre d'un asthme sévère, les principaux éléments du traitement et du suivi¹. L'objectif retenu par la loi de santé publique du 9 août 2004 est de réduire de 20 %, entre 2000 et 2008, la fréquence des crises d'asthme nécessitant une hospitalisation.

■ AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, 6,4 % DES FEMMES ONT EU UNE CRISE D'ASTHME OU UN TRAITEMENT POUR ASTHME

Les dernières données disponibles sur la prévalence de l'asthme en France sont issues de l'enquête décennale Santé 2003 de l'INSEE. Elles montrent, chez les personnes âgées de 15 ans ou plus, une prévalence de l'asthme actuel (crise d'asthme dans les 12 derniers mois ou traitement actuel pour asthme) plus élevée chez les femmes que chez les hommes respectivement 6,4 % et 5,6 % (tableau 1). Chez les adultes âgés de 20 à 44 ans, la prévalence de l'asthme est de 6,5 % chez les femmes et de 5,3 % chez les hommes. En revanche, chez les enfants âgés de 11 à 14 ans, la prévalence cumulée de l'asthme (crise d'asthme au cours de la vie) et la prévalence des sifflements au cours des 12 derniers mois sont moins élevées chez les filles que chez les garçons (respectivement 8,8 % et 16,5 % pour l'asthme cumulé, et 6,7 % et 9,8 % pour les sifflements).

■ LES TAUX D'HOSPITALISATION SONT EN BAISSÉ D'ENVIRON 8 % PAR AN DEPUIS 1998 CHEZ LES ADULTES

À partir des données du PMSI, on dénombrait en 2005, 51 431 séjours pour asthme dont plus de la moitié (56 %) concernaient des enfants âgés de moins de 15 ans. Chez les enfants, les hospitalisations pour asthme sont moins fréquentes chez les filles que chez les garçons. En 2005, chez les moins de 15 ans, le taux standardisé sur l'âge d'hospitalisation pour asthme était de 18,3 pour 10 000 chez les filles et de 30,8 pour 10 000 chez les garçons. En revanche, chez les personnes âgées de 15 ans ou plus, les taux annuels standardisés d'hospitalisation pour

asthme étaient plus élevés chez les femmes que chez les hommes (en 2005, respectivement 5,7 pour 10 000 et 3,3 pour 10 000).

Les taux annuels standardisés d'hospitalisation pour asthme ont diminué de 10,7 pour 10 000 en 1998 à 8,4 pour 10 000 en 2005 (variation annuelle moyenne entre 1998 et 2005 de -4,0%). Chez les personnes âgées de 15 ans ou plus, ils ont diminué chez les femmes (-7,4% par an en moyenne) comme chez les hommes (-9,3% par an en moyenne) (graphique 1).

■ LA MORTALITÉ DIMINUE ÉGALEMENT

La mise en place, en 2000, de la 10^e révision de la classification internationale des maladies (CIM 10) et du codage automatique des causes de décès entraîne une discontinuité dans les tendances de la mortalité par asthme. Deux périodes sont distinguées : 1990 à 1999 et 2000 à 2005.

Entre 1990 et 1999, les taux annuels de mortalité par asthme, standardisés sur l'âge, sont restés stables chez les femmes (2,4 pour 100 000 en 1990 et 2,2 pour 100 000 en 1999) alors qu'ils ont légèrement diminué chez les hommes (3,0 pour 100 000 en 1990 et 2,5 pour 100 000 en 1999) [graphique 2]. Depuis la fin des années 1990, ils sont similaires chez les femmes et chez les hommes. Cette diminu-

tion des taux de mortalité s'est poursuivie entre 2000 et 2005 : chez les femmes, le taux de mortalité par asthme est passé de 1,8 pour 100 000 en 2000 à 1,2 pour 100 000 en 2005 (-7,6% par an) et chez les hommes de 2,0 pour 100 000 en 2000 à 1,2 pour 100 000 en 2005 (-11,6% par an). En moyenne, entre 2000 et 2005, 1 316 décès par asthme sont survenus chaque année (813 par an chez des femmes et 503 décès par an chez des hommes).

Chez les enfants et les jeunes adultes âgés de moins de 45 ans, la mortalité par asthme était faible (en moyenne 88 décès par an entre 2000 et 2005). Les taux standardisés sur l'âge, pour les femmes et les hommes, ont diminué de 0,43 pour 100 000 en 1990 à 0,31 pour 100 000 en 1999 (-3,6% par an) et de 0,3 pour 100 000 en 2000 à 0,18 pour 100 000 en 2005 (-12,6% par an). ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA FICHE • InVS

1. www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/recommandations_asthme.pdf
www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/education_adulte_asthmatique_-_recommandations.pdf
www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/guide_patient_asthme.pdf

synthèse

La prévalence de l'asthme chez les femmes est estimée à 6,4 % ; ce chiffre recouvre les personnes ayant eu, dans les 12 derniers mois, une crise d'asthme ou un traitement pour l'asthme.

Chez les enfants de moins de 15 ans, les hospitalisations pour asthme sont moins fréquentes chez les filles que chez les garçons et, à l'inverse, chez les 15 ans ou plus, elles sont plus fréquentes chez les femmes que chez les hommes. Chez les adultes, on note, entre 1998 et 2005, une diminution des taux annuels d'hospitalisation pour asthme chez les femmes comme chez les hommes. Depuis la fin des années 1990, les taux annuels de mortalité sont similaires chez les femmes et chez les hommes. Entre 2000 et 2005, la mortalité a diminué chez les femmes comme chez les hommes. Cette diminution s'observait également chez les plus jeunes (enfants et adultes de moins de 45 ans).

Tableau 1 • Prévalence de l'asthme actuel et des symptômes évocateurs d'asthme au cours des 12 derniers mois, chez les adultes âgés de 15 ans ou plus, en 2003

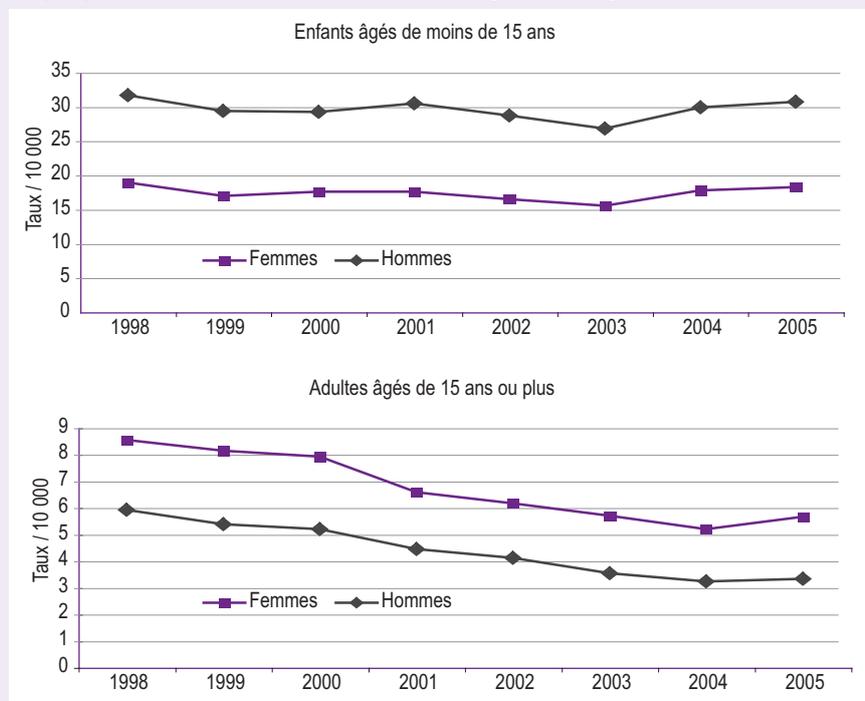
	En %		
	Femmes	Hommes	Ensemble
Asthme			
Crise d'asthme au cours des 12 derniers mois	4,9	3,8	4,4
Traitement actuel pour asthme	4,8	4,4	4,6
Asthme actuel*	6,4	5,6	6,0
Symptômes évocateurs d'asthme (12 derniers mois)			
Sifflements	11,5	12,5	12,0
Réveils avec gêne respiratoire	14,3	14,3	14,3
Réveils par crise d'essoufflement	4,6	4,5	4,5

* Crise d'asthme dans les 12 derniers mois ou traitement actuel pour asthme.

Champ : France métropolitaine.

Sources : Enquête décennale Santé 2002-2003, INSEE.

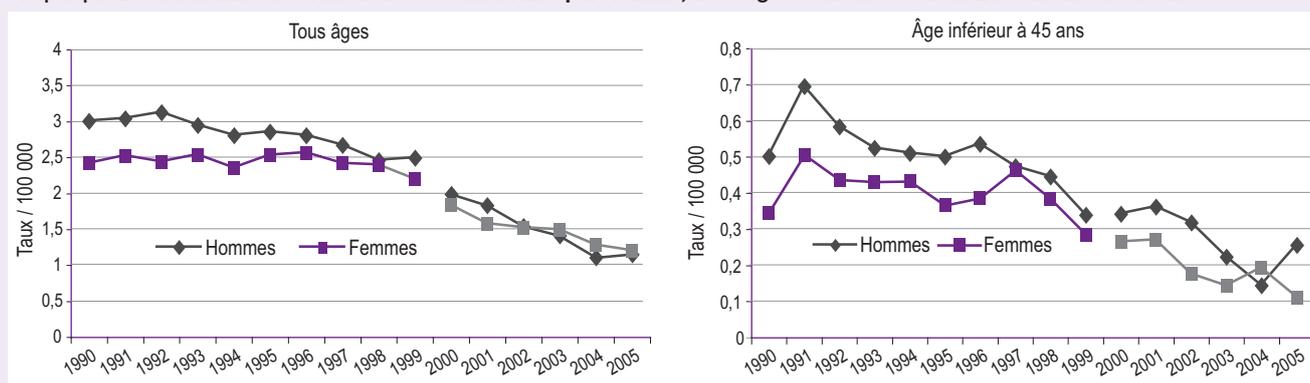
Graphique 1 • Taux annuels standardisés d'hospitalisation pour asthme



Champ : France métropolitaine.

Sources : Base nationale PMSI et estimation localisée de population.

Graphique 2 • Taux annuels standardisés de mortalité par asthme, tous âges confondus et chez les moins de 45 ans



Champ : France métropolitaine.

Sources : INSERM-CépiDc

CHAMP • France métropolitaine.

SOURCES • Enquête décennale Santé 2003 (INSEE) ; PMSI (A TIH); causes médicales des décès (CépiDc, INSERM); Données démographiques (INSEE).

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • Prévalence : auto-questionnaire sur la santé respiratoire auprès de 20982 personnes âgées de 15 ans ou plus et 1 675 enfants âgés de 11 à 14 ans. Hospitalisations : sélection des séjours ayant un code d'asthme (CIM 10 : J45-J46) en diagnostic principal pour les indicateurs concernant l'asthme. Taux annuels standardisés sur l'âge et le sexe, par classe d'âge (population de référence : population moyenne France 1999). Mortalité : décès ayant un code d'asthme en cause initiale (CIM 9 : 493 de 1990 à 1999, CIM10 : J45-J46 de 2000 à 2005). Taux annuels standardisés sur l'âge, par sexe et classe d'âge (population de référence : Eurostat, population Europe, IARC 1976)

LIMITES ET BIAIS • La santé respiratoire a été appréhendée par autoquestionnaire, sans confirmation du diagnostic. Hospitalisations : les hospitalisations pour crise d'asthme ne peuvent pas être étudiées spécifiquement, les données du PMSI comprenant les hospitalisations en urgence et les hospitalisations programmées. Des transferts de codage vers un code d'insuffisance respiratoire aiguë et vers des codes d'autres pathologies pulmonaires chroniques obstructives (bronchite chronique, BPCO) ne peuvent être exclus. Mortalité : la mise en place en 2000 de la CIM 10 et du codage automatique des causes de décès entraîne une discontinuité dans les tendances au cours du temps.

RÉFÉRENCES •

- 2008, « Asthme : prévalence et impact sur la vie quotidienne – analyse des données de l'enquête décennale Santé 2003 de l'INSEE », *Rapport InVS*, février.
- 2007, « Hospitalisations pour asthme, évaluation à partir des données du PMSI », *Rapport InVS*, janvier.
- 2004, « Mortalité par asthme en France métropolitaine, 1980-1999 », *Bull Epidemiol Hebd*, 47.

Broncho-pneumopathie chronique obstructive

La broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) est une cause importante de mortalité et de recours aux soins. Cette maladie reste cependant largement sous-diagnostiquée en raison de son installation insidieuse et de la banalisation des symptômes de bronchite chronique chez le fumeur. Le tabagisme constitue le principal facteur de risque de la BPCO, suivi par certaines expositions professionnelles. La prévalence de la maladie est, de fait, moins élevée chez les femmes que chez les hommes. Cependant, avec l'augmentation du tabagisme féminin, l'écart entre femmes et hommes tend à se réduire. Si les données de prévalence sont trop peu nombreuses pour décrire les tendances de la BPCO, l'analyse des données de mortalité permet d'illustrer cette évolution.

■ LA MORTALITÉ LIÉE À LA BPCO EST EN AUGMENTATION CHEZ LES FEMMES

Chez les plus de 45 ans, les taux de mortalité par BPCO standardisés sur l'âge ont augmenté chez les femmes entre 1979 et 1999 (+1,4 %, $p < 0,01$) alors qu'ils ont diminué chez les hommes (-0,7 % par an, $p < 0,01$) (graphique 1) [Fuhrman, 2007]. Les taux standardisés de mortalité liée à la BPCO (causes multiples) suivaient des tendances similaires mais moins prononcées (+1,7 % par an chez les femmes, $p < 0,01$, et +0,01 % par an chez les hommes, $p = 0,93$). Entre 2000 et 2005, les variations des taux standardisés de mortalité par BPCO n'étaient pas statistiquement significatives (tableau 1).

Entre 2000 et 2003, chez les femmes comme chez les hommes, des taux de mortalité par BPCO supérieurs d'au moins 10 % au taux national ont été observés dans le Nord de la France (Nord - Pas de Calais, Picardie et Champagne-Ardenne), dans l'Est (Alsace et Lorraine) et en Bretagne (carte).

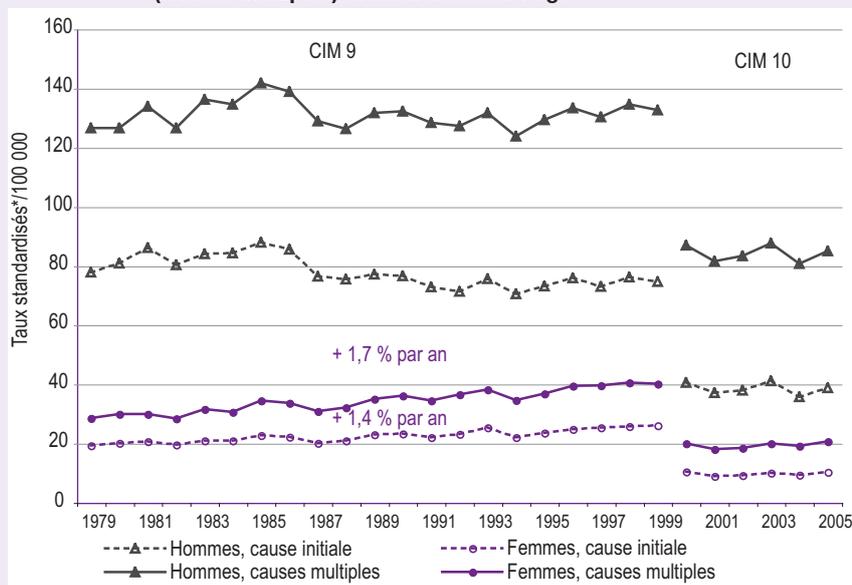
En Amérique du Nord et au Royaume-Uni, on observe également, depuis les années 1990, une augmentation des taux de mortalité par BPCO chez les femmes, mais une stabilisation, voire une diminution chez les hommes. L'évolution des habitudes tabagiques, en particulier la hausse du tabagisme féminin en est l'explication principale [Mannino, 2002; Pride, 2002]. ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA FICHE • **INVS**

synthèse

Au cours de la période de 1979 à 1999, la mortalité par BPCO a augmenté chez les femmes, alors qu'elle s'est stabilisée chez les hommes. Elle continuera vraisemblablement à augmenter chez les femmes dans les prochaines années en raison de la hausse du tabagisme féminin. On observe d'importantes disparités régionales qui reflètent probablement des différences dans les facteurs de risque. La mortalité liée à la BPCO reste sous-estimée compte tenu de l'importance du sous-diagnostic de cette maladie.

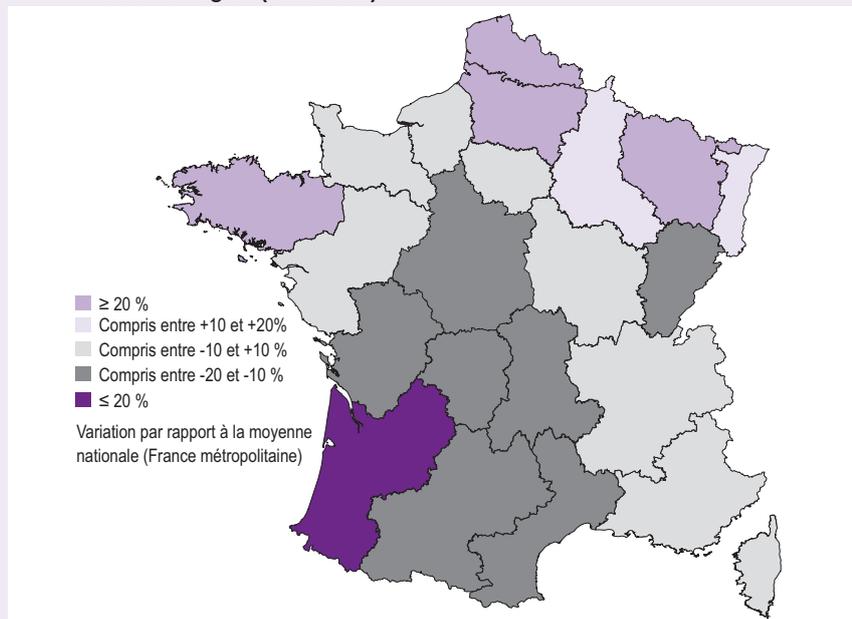
Graphique 1 • Taux annuels de mortalité par BPCO (cause initiale) et liée à la BPCO (causes multiples) standardisés sur l'âge



Champ : France métropolitaine, adultes âgés de 45 ans ou plus.

Sources : INSERM-CépiDc, InVS.

Carte 1 • Mortalité par BPCO chez les femmes : indices de surmortalité selon la région (2000-2003)



Champ : France métropolitaine, adultes âgés de 45 ans ou plus.

Sources : INSERM-CépiDc, InVS.

Tableau 1 • Taux de mortalité par BPCO (cause initiale) standardisés sur l'âge, taux annuels moyens pour 100 000

	2000-2001	2002-2003	2004-2005
Femmes			
45-54 ans	0,7	0,8	1,0
55-64 ans	2,3	2,3	2,4
65-74 ans	9,5	8,5	9,1
75-84 ans	33,0	32,5	31,7
85 ans ou plus	147,2	158,7	156,3
Total	9,8	9,8	9,9

* Standardisation population européenne 1976.

Champ : France métropolitaine, adultes âgés de 45 ans ou plus.

Sources : INSERM-CépiDc, InVS.

CHAMP • France métropolitaine, adultes âgés de 45 ans ou plus.

SOURCES • Statistiques démographiques (INSEE) ; causes médicales des décès (INSERM-CépiDc).

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • Mortalité par BPCO : décès ayant un code BPCO en cause initiale ; mortalité liée à la BPCO : décès ayant un code de BPCO en cause initiale ou en cause associée. Codes CIM : de 1979 à 1999, codes CIM 9 : 490-492, 496 ; de 2000 à 2005, codes CIM 10 : J40-J44. Taux annuels standardisés sur l'âge, par sexe et classe d'âge (population de référence : Eurostat, population Europe, IARC 1976). Adultes âgés de 45 ans ou plus.

LIMITES ET BIAIS • La mise en place en 2000 de la CIM 10 et du codage automatique des causes de décès a été responsable d'une discontinuité dans les tendances au cours du temps. Le recul n'est pas suffisant pour mettre en évidence une variation des tendances au cours de la période 2000-2005. Compte tenu du sous-diagnostic et de la concurrence avec les autres causes de mortalité, la BPCO est globalement sous-déclarée sur les certificats de décès. Cette sous-déclaration est vraisemblablement plus importante chez les femmes que chez les hommes.

RÉFÉRENCES •

- Fuhrman C., Delmas M.-C., Nicolau J., Jouglu E., 2007, « Mortalité liée à la BPCO en France métropolitaine, 1979-2003 », *Bull Epidemiol Hebd*, InVS, 27-28.
- Mannino D.M., Homa D.M., Akinbami L.J., Ford E.S., Redd S.C., 2002, « Chronic obstructive pulmonary and disease surveillance, United-States, 1971-2000 » *MMWR, CDC surveillance summaries*, 51 : 1-16.
- Pride N.-B., Soriano J.-B., 2002, « Chronic obstructive pulmonary disease in the United Kingdom : trends in mortality morbidity and smoking », *Curr Opin Pulm Med*, 8 : 95-101.
- www.invs.sante.fr/surveillance/bpc/default.htm

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • InVS.

définition

La broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) est caractérisée par une obstruction bronchique progressive et incomplètement réversible.

Elle évolue généralement de manière insidieuse, dans un contexte de comorbidités fréquentes, et est souvent diagnostiquée tardivement, voire non diagnostiquée. Seule la mesure de la fonction respiratoire permet de faire le diagnostic et de déterminer le stade de sévérité de la maladie.

Les données épidémiologiques restent insuffisantes en France : d'une part la réalisation d'explorations fonctionnelles respiratoires est difficile dans le cadre d'études en population générale et d'autre part, la prévalence de cette pathologie lorsqu'elle est fondée sur l'autodéclaration de la maladie est sous-estimée en raison de l'importance du sous-diagnostic.

www.invs.sante.fr/surveillance/bpc/default.htm

Incontinence urinaire

L'incontinence urinaire est définie en 2003 par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) comme « toute perte involontaire d'urine dont se plaint le patient ». L'objectif retenu par la loi de santé publique de 2004 est de réduire chez les femmes la fréquence et les conséquences de l'incontinence urinaire. En effet, alors qu'il existe des stratégies de prévention de cette affection, la prévalence de ces troubles reste élevée. L'amélioration de l'accès à une rééducation périnéale dans les suites de l'accouchement ainsi que de l'accès au dépistage des troubles de la statique pelvienne au moment de la ménopause devrait permettre une diminution de ces troubles et de son retentissement.

■ UNE FEMME SUR HUIT ÂGÉE DE PLUS DE 16 ANS SOUFFRE D'INCONTINENCE URINAIRE

Afin d'évaluer la prévalence de ces troubles, l'IRDES, dans son enquête Santé et protection sociale (ESPS) 2006, a posé la question suivante aux femmes âgées de plus de 16 ans : « Souffrez-vous de pertes involontaires d'urines ? » 12,3 % des femmes ont répondu positivement en 2006. Cette prévalence est considérable puisqu'elle situe cette affection parmi les troubles de santé les plus souvent déclarés par les femmes. Elle augmente de manière très importante avec l'âge (graphique 1), passant de 6 % chez les femmes de 25-44 ans à presque 20 % chez les femmes de 65-84 ans et plus de 38 % chez les femmes âgées de 85 ans et plus. La prévalence de ce trouble de santé est probablement sous-estimée car cette affection est souvent mal vécue et donc souvent cachée. De plus, le champ de l'enquête qui ne concerne pas les personnes âgées en institution contribue également à cette sous-estimation. Une enquête¹ réalisée en 2007 par l'INSERM à la demande de l'InVS estime à 26,6 % (IC 95 % = 24,7 - 28,4) la prévalence de l'incontinence urinaire parmi les femmes âgées d'au moins 18 ans ayant été consultées en médecine générale.

■ UNE PRÉVALENCE PLUS ÉLEVÉE CHEZ LES FEMMES APPARTENANT À UN MÉNAGE D'OUVRIERS NON QUALIFIÉS

L'enquête ESPS 2006 permet aussi d'analyser la prévalence de l'incontinence urinaire en fonction de différentes caractéristiques socio-économiques et de morbidité des femmes (tableau 1). Cette analyse met en évidence un certain nombre de disparités.

La prévalence de l'incontinence urinaire est plus élevée chez les femmes vivant dans un ménage dont le sujet de référence est agriculteur. Toutefois, ce haut niveau de prévalence s'ex-

plique en totalité par la structure par âge plus élevée des femmes vivant dans ce type de ménage (indice² = 0,99). En revanche, on observe un taux de prévalence élevé (14,7 %) chez les femmes appartenant aux ménages d'ouvriers non qualifiés. Ce taux, qui est supérieur de 20 % au taux moyen observé pour l'ensemble des femmes, l'est également à âge comparable (indice = 1,20). Ce sont les femmes qui vivent dans un ménage dont la personne de référence exerce une profession intermédiaire qui semblent les moins concernées par l'incontinence urinaire (avec une prévalence à 10,8 % et un indice corrigé à 0,91). Il en est de même pour les femmes dont le niveau d'études correspond au baccalauréat (10,8 % et 0,92) ou aux études supérieures (8,7 % et 0,94).

■ INCONTINENCE ET MULTIPARITÉ

La fréquence de l'incontinence urinaire ne semble pas ordonnée en fonction du niveau de revenu par unité de consommation du ménage, du moins quand on prend en compte l'âge des femmes. En revanche, elle est associée positivement à la taille du ménage : la fréquence la plus importante (+48 % par rapport à la moyenne, [indice = 1,48]) s'observe dans les ménages de six personnes et plus. Cette fréquence est également très élevée dans les ménages de trois et cinq personnes (indices respectifs 1,28 et 1,21). L'augmentation de la prévalence de l'incontinence urinaire dans les ménages de grande taille est à mettre en relation avec l'un des facteurs de risque de cette affection qui est la multiparité.

■ UNE FRÉQUENCE PLUS ÉLEVÉE EN ZONE RURALE

On observe également une prévalence élevée dans les communes rurales (14,7 %). Ce niveau est confirmé, contrairement à celui observé pour les ménages d'agriculteur, par la fréquence corrigée de l'âge (1,19). Deux hypothèses liées à l'influence de l'offre de soins

peuvent être avancées : l'accès plus difficile aux soins de kinésithérapie (rééducation périnéale) et l'éloignement des gynécologues. Ces spécialistes ne sont pas installés dans les communes rurales, d'où un moins bon suivi gynécologique des femmes et en conséquence un moins bon dépistage de ces troubles.

■ LES FEMMES QUI DÉCLARENT DES PERTES INVOLONTAIRES D'URINES SE PERÇOIVENT EN MOINS BONNE SANTÉ

À âge comparable, pour les deux indicateurs de l'enquête ESPS 2006, les personnes qui estiment avoir un mauvais ou un très mauvais état de santé déclarent beaucoup plus souvent une incontinence urinaire. Il en est de même, mais dans une moindre mesure, pour les personnes qui déclarent avoir un état de santé moyen. L'incontinence urinaire a un retentissement sur la qualité de vie de ces femmes qui, pour certaines, s'estiment souvent en mauvais état de santé, même si le lien entre incontinence et état de santé perçu n'est pas un lien direct.

■ D'AUTRES FACTEURS ASSOCIÉS À L'INCONTINENCE URINAIRE

Déclarer souffrir d'une maladie chronique est associé dans 21 % des cas à une incontinence urinaire alors que cette proportion n'est que de 8,5 % parmi les femmes qui déclarent ne pas présenter de maladie chronique. À âge comparable, cet écart se réduit légèrement mais reste tout de même très important (indices à 1,44 contre 0,76). Il en est de même pour les personnes qui se disent fortement limitées (31 %) ou limitées (22 %) contre celles qui ne le sont pas, 9 %.

Enfin l'excès de poids est retrouvé en tant que facteur de risque de cette pathologie, puisque 26 % des femmes présentant une obésité (IMC supérieur ou égal à 30 kg/m²) déclarent une incontinence urinaire. ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA FICHE • IRDES

1. Il s'agit d'une enquête réalisée en 2007 auprès de 2183 femmes âgées d'au moins 18 ans ayant consulté en médecine générale (à l'exclusion des femmes enceintes ou ayant accouché depuis moins de trois mois).

2. Étant donné le lien entre cette affection et l'âge des femmes, le taux de prévalence est ici associé à un indice à âge égal qui permet de corriger le résultat observé de l'effet de l'âge sur les différentes modalités des variables étudiées.

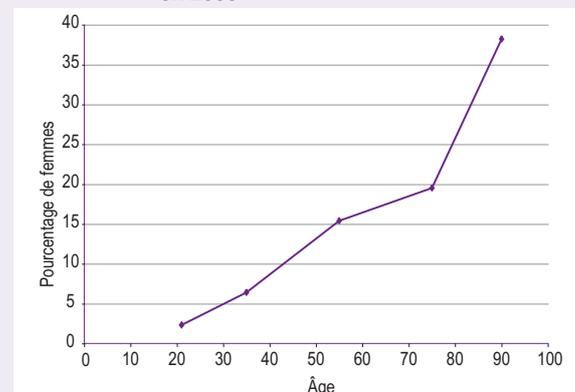
Tableau 1 • Prévalence de l'incontinence urinaire chez les femmes de plus de 16 ans en 2006 et indice à âge comparable

	Effectifs bruts	Taux pondéré (%)	Indice*
Milieu social			
Agriculteur	51	16,7	0,99
Artisan commerçant	65	13,4	0,99
Cadre et profession intellectuelle	114	11,5	1,00
Profession intermédiaire	138	10,8	0,91
Employé administratif	70	12,2	0,95
Employé de commerce	41	13,9	1,03
Ouvrier qualifié	186	11,9	1,04
Ouvrier non qualifié	82	14,7	1,20
Niveau d'études			
Non scolarisé, jamais scolarisé	27	22,9	1,22
Maternelle, primaire, CEP	226	19,2	1,05
1 ^{er} cycle, 6 ^e , 5 ^e , 4 ^e , 3 ^e , technique, jusqu'à CAP et BEP	225	13,1	1,09
2 nd cycle, 2 nd e, 1 ^{re} , terminale, bac technique (BT), bac Supérieur	112	10,8	0,92
Supérieur	146	8,7	0,94
Étude en cours	7	1,4	0,29
Revenu mensuel par unité de consommation, répartition en quintile (indice OCDE)			
Premier quintile	116	13,8	1,04
Deuxième quintile	140	13,1	1,00
Troisième quintile	114	11,2	0,98
Quatrième quintile	130	11,9	1,08
Cinquième quintile	130	11,1	0,93
Taille du ménage			
Une personne	107	15,0	0,89
Deux personnes	284	13,2	0,94
Trois personnes	159	12,4	1,28
Quatre personnes	114	8,1	0,91
Cinq personnes	59	10,0	1,21
Six personnes et plus	28	12,3	1,48
Taille d'unité urbaine			
Commune rurale	270	14,7	1,19
Unité urbaine < 20 000 habitants	122	11,4	0,93
20 000 à 199 999 habitants	138	11,9	0,97
200 000 à 1 999 999 habitants	136	10,8	0,87
Unité urbaine de Paris	85	10,8	0,90
Poids			
Normal	339	8,9	0,77
En surpoids	212	14,9	1,08
Obèse	183	26,5	2,19
Note de santé perçue			
0 à 4	97	35,6	2,31
5 à 6	209	20,2	1,31
7 à 8	338	12,0	0,99
9 à 10	82	4,2	0,47
« Comment est votre état de santé général ? »			
Très bon	52	4,0	0,45
Bon	326	9,9	0,84
Moyen	273	19,7	1,31
Mauvais	67	31,6	2,02
Très mauvais	28	44,9	3,55
« Souffrez-vous d'une maladie ou d'un problème de santé chronique ? »			
Oui	328	20,8	1,44
Non	362	8,5	0,76
Ne sait pas	26	12,9	1,01
« Êtes-vous limité(e) depuis au moins six mois à cause d'un problème de santé, dans des activités que les gens font habituellement ? »			
Oui, fortement limité	99	31,3	1,93
Oui, limité	173	22,3	1,52
Non	455	9,1	0,80
Ensemble	751	12,3	1,00

* Principe de calcul de l'indice : dans une première étape, un taux de prévalence de l'incontinence est calculé pour chaque classe d'âge. Puis, ce taux est affecté à chacune des femmes en fonction de leur âge. On obtient un taux théorique pour chaque catégorie de la variable d'intérêt. L'indice est le rapport dans chaque classe entre le taux observé et le taux théorique. Quand il est calculé sur toute la population, la valeur 1 est la moyenne de la population.

Champ : France métropolitaine, ménages ordinaires.

Sources : Enquête ESPS 2006.

Graphique 1 • Prévalence des pertes involontaires d'urines déclarées en fonction de l'âge en 2006


Champ : France métropolitaine, ménages ordinaires.

Sources : Enquête ESPS 2006.

CHAMP • Ménages ordinaires résidant en France métropolitaine dont un membre au moins est âgé de plus de 18 ans et est assuré à l'un des trois régimes de sécurité sociale (CNAMTS, MSA, CANAM).

SOURCES • Enquête Santé protection sociale (ESPS) 2006 de l'IRDES.

MÉTHODOLOGIE • L'enquête ESPS est réalisée à partir de trois échantillons représentatifs des principales caisses de sécurité sociale. Cette enquête était annuelle de 1988 à 1997. Elle a lieu tous les deux ans depuis 1998. L'état de santé et ses déterminants sont relevés par autoquestionnaire. Cet état de santé perçu est évalué par les enquêtés eux-mêmes de deux manières : l'une consiste à noter l'état de santé sur une échelle allant de 0 (très mauvais état de santé) à 10 (excellent état de santé) ; l'autre consiste à estimer l'état de santé sur une échelle comportant cinq positions (très mauvais, mauvais, moyen, bon et très bon).

LIMITES ET BIAIS • Contrairement à 2004, l'existence d'une incontinence urinaire a été relevée dans l'enquête 2006, par l'intermédiaire d'une question spécifiquement posée aux femmes de 16 ans ou plus. Cette modification de la collecte améliore l'estimation de la prévalence. Cependant il convient de souligner que cet indicateur repose sur du déclaratif et non sur une évaluation clinique de cette pathologie. La modification du recueil de l'indicateur rend donc non comparable les données de 2006 avec celles de 2004.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • IRDES.

Lombalgies

Les lombalgies sont à l'origine de nombreuses limitations dans l'activité, particulièrement pour la population en âge de travailler. Les lombalgies touchant les personnes âgées sont relativement moins fréquentes. Cette pathologie n'est pas un problème spécifique aux femmes, en revanche, les facteurs associés peuvent légèrement différer entre les femmes et les hommes.

L'objectif inscrit dans la loi de santé publique de 2004 est de réduire de 20 %, en population générale, la fréquence des lombalgies entraînant une limitation fonctionnelle. Les données de l'enquête Handicap, incapacité, dépendance (HID) permettent de documenter la fréquence des lombalgies avec limitations (encadrés 1 et 2). Par ailleurs, l'enquête décennale Santé 2002-2003 renseigne un autre indicateur pertinent : la fréquence des lombalgies ayant fait souffrir plus de 30 jours au cours des 12 derniers mois (encadré 3). Pour ces deux indicateurs, les données présentées ici relèvent d'estimations concernant l'ensemble de la population vivant en France en ménage ordinaire.

■ LES FEMMES MOINS CONCERNÉES QUE LES HOMMES PAR LA LOMBALGIE LIMITANTE

Dans la population française âgée de 30 à 64 ans la fréquence de lombalgie avec limitations est de 7,5 % (IC 95 % = 7 - 8,1) chez les femmes, et de 7,9 % (IC 95 % = 7,3 - 8,5) chez les hommes. La fréquence est significativement moins élevée chez les femmes [Gourmelen, 2007]. Par ailleurs, on observe que la lombalgie limitante augmente avec l'âge et concerne plus d'une femme et d'un homme sur 10 chez les 55-64 ans (tableau 1).

Les fréquences varient selon la PCS (profession et catégorie socioprofessionnelle), présente ou passée, chez les 30-64 ans (tableau 2). Le lien avec la situation socioprofessionnelle est très net chez les hommes, la fréquence restant inférieure à 6 % pour les catégories cadres, professions intermédiaires et employés, et atteignant 14 % chez les ouvriers. Pour les femmes, en revanche, les écarts entre catégories sont moindres.

■ LES FEMMES DÉCLARENT PLUS QUE LES HOMMES SOUFFRIR DE LOMBALGIE PLUS DE 30 JOURS

Dans la population française de 30 à 64 ans la fréquence des lombalgies de plus de 30 jours dans les 12 derniers mois est de 18,9 % (IC 95 % = 17,9 - 19,8) chez les femmes, et de 15,4 % (IC 95 % = 14,4 - 16,4) chez les hommes, significativement plus élevée chez les femmes [Gourmelen, 2007].

Pour cette même tranche d'âge, chez les femmes comme chez les hommes, la fréquence est très significativement accrue

parmi les personnes ayant un faible niveau d'études (tableau 3). Des analyses complémentaires apportent quelques explications à cette relation avec le niveau d'études : pour les hommes, les expositions professionnelles présentes ou passées jouent ici un rôle important ; pour les femmes, la surcharge pondérale explique une part des associations entre niveau d'études et lombalgie. ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA FICHE • INSERM, U687

synthèse

Dans la population française féminine de 30 à 64 ans, la fréquence des lombalgies avec limitations est de 7,5 % et celle des lombalgies de plus de 30 jours dans les 12 derniers mois est de 18,9 %. Les fréquences correspondantes pour les hommes sont 7,9 % et 15,4 %. Ces fréquences sont proches de ce qui est observé dans des études menées dans d'autres pays en utilisant des méthodologies comparables.

Les différences de fréquence selon le niveau d'études ou la PCS (profession et catégorie socioprofessionnelle) sont plus réduites chez les femmes que chez les hommes.

Comment quantifier les lombalgies ?

Il est habituel d'estimer la fréquence des lombalgies à partir des réponses à des questionnaires. Le résultat dépend fortement des définitions utilisées et des questions posées, non seulement concernant les fréquences, mais aussi les associations avec des variables socio-économiques ou démographiques. Ainsi une augmentation avec l'âge, du moins jusqu'à 65 ans, est le plus souvent retrouvée quand la définition retenue implique un certain seuil de sévérité ou de chronicité. Il est assez habituel de trouver une fréquence supérieure pour les femmes, mais l'existence d'un écart, et son ampleur, peuvent dépendre de la définition retenue [Ozguler, 2000].

La sensibilité des résultats aux outils de mesure des lombalgies, qu'il s'agisse de la formulation des questions ou du mode de recueil des informations (déclarations spontanées contre liste de maladies, ou questionnaire spécifique) doit être prise en compte dans les comparaisons dans le temps ou entre pays. L'utilisation d'outils validés tels que le « questionnaire nordique » permettent cependant de comparer des résultats dans de bonnes conditions. Ici, les comparaisons avec des résultats d'enquêtes menées dans d'autres pays, et utilisant les mêmes définitions ou des définitions très comparables, montrent que les fréquences observées en France sont proches de celles retrouvées dans d'autres pays développés.

RÉFÉRENCES •

– Gourmelen J., Chastang J.-F., Ozguler A., Lanoe J.-L., Ravaut J.-F., leclerc A., 2007, «Fréquence des lombalgies dans la population française de 30 à 64 ans. Résultats issus de deux enquêtes nationales», *Annales de réadaptation et médecine physique*, 50 : 633-639.

– Kuorinka I., Jonsson B., Kilbom A., Vinterberg H., Biering-Sorensen F., Andersson G. *et al.*, 1987, «Standardised Nordic questionnaire for the analysis of musculoskeletal symptoms », *Applied Ergonomics*, 18(3) : 233-237.

– Ozguler A., leclerc A., Landre M.-F., Piéritaleb F., Niedhammer I., 2000, « Individual and occupational determinants of low back pain according to various definitions of low back pain », *J Epidemiol Community Health*, 54 : 215-220.

Tableau 1 • Fréquence des lombalgies en fonction de l'âge En %

	Femmes			Hommes		
	30-44 ans	45-54 ans	55-64 ans	30-44 ans	45-54 ans	55-64 ans
Lombalgie limitante (1)	6,2	7,3	11,1	7,7	5,3	12,3
Lombalgie plus de 30 jours (2)	16,4	20,6	21,9	12,6	16,8	19,7

Sources : (1) Enquête Handicap, incapacité, dépendance 1999.
(2) Enquête décennale Santé 2002-2003.

Tableau 2 • Fréquence des lombalgies limitantes selon la PCS actuelle ou passée* En %

	Femmes	Hommes
Agriculteur, artisan, commerçant, chef d'entreprise	9,9	7,2
Cadre et profession intermédiaire	7,4	5,6
Employé	7,6	2,7
Ouvrier**	8,1	13,5

* Profession et catégorie socioprofessionnelle, selon la profession actuelle pour ceux qui travaillent, et selon la profession la plus longtemps exercée pour ceux qui ne travaillent pas.

** Les femmes employées auprès de particuliers (personnel de service) ont été classées avec les ouvrières.

Sources : Enquête Handicap, incapacité, dépendance 1999.

Tableau 3 • Fréquence des lombalgies de plus de 30 jours selon le diplôme En %

	Femmes		Hommes	
	Fréquence	Test	Fréquence	Test
Sans diplôme ou non renseigné	20,7	p < 0,0001	20,1	p < 0,0001
CEP, DFEO, BEPC	21,5		16,5	
CAP, BEP	20,9		16,3	
Bac général ou technologique	15		12,1	
Bac + 2 ou plus	15,1		11,8	

Sources : Enquête décennale Santé 2002-2003.

Lombalgies limitantes dans l'enquête Handicap, incapacité, dépendance (HID)

Les résultats présentés sont issus de l'enquête transversale en population générale menée par l'INSEE en 1999. Le recueil des données a été effectué par un enquêteur en face-à-face.

Cette enquête ne comportait pas de question sur les lombalgies. Les personnes avaient à répondre à une question sur les limitations : « Rencontrez-vous dans la vie de tous les jours des difficultés, qu'elles soient physiques, sensorielles, intellectuelles ou mentales ? », et à indiquer en clair l'origine des limitations.

La définition retenue de lombalgie limitante correspond à une réponse positive à la question sur les limitations, ou à la reconnaissance médico-administrative d'un handicap et à une indication en clair comportant le terme « lombalgie » ou un autre terme d'une liste préalable (comportant : sciatique, disque). Par ailleurs, les personnes souffrant de certaines affections (dont cancer, accident vasculaire cérébral, maladie de Parkinson...) étaient exclues du groupe des lombalgiques.

Les estimations fournies prennent en compte les pondérations données dans l'enquête. Pour éviter les imprécisions des fréquences calculées sur des petits effectifs, certaines catégories ont été regroupées dans le tableau 2.

Lombalgies de plus de 30 jours dans les 12 derniers mois, enquête décennale Santé

L'enquête décennale Santé, réalisée en 2002-2003 par l'INSEE, comportait trois visites réalisées par un enquêteur spécialisé et un autoquestionnaire avec une version française du questionnaire nordique [Kuorinka *et al.*, 1987].

Les estimations ont été basées sur les personnes ayant participé aux trois visites de l'enquêteur, aptes à remplir elles-mêmes un autoquestionnaire, et ayant répondu au questionnaire sur les lombalgies de façon suffisamment précise.

Les estimations prennent en compte les pondérations données dans l'enquête pour les sujets ayant participé aux trois visites.

Ostéoporose

L'ostéoporose est caractérisée par une fragilité excessive du squelette, due à une diminution de la masse osseuse et à l'altération de la micro-architecture osseuse. Elle est fréquente chez les femmes après la ménopause, car la masse osseuse diminue avec l'âge et avec la carence en hormones féminines (œstrogènes).

L'ostéoporose est une maladie asymptomatique, c'est-à-dire qui ne donne aucun signe clinique et le diagnostic est souvent fait lors de la survenue de fractures, en particulier du col du fémur, qui constituent la conséquence la plus grave et une source majeure de handicaps et d'incapacités. Le risque de mortalité après fracture de l'extrémité supérieure du fémur (FESF) est augmenté de 15 à 20 %, en particulier chez les personnes âgées¹. L'impact sur la mortalité de la FESF est non seulement lié à l'acte chirurgical et ses complications, mais aussi à la coexistence de maladies associées chez les personnes âgées.

Une part importante de ces fractures est évitable, ce qui justifie les actions de prévention à tous les âges de la vie. Ces mesures ont fait l'objet de recommandations en 2006 par la Haute Autorité de santé² (HAS). Chez les personnes âgées, la prévention des fractures repose également sur la prévention des chutes.

La loi relative à la santé publique du 9 août 2004 prévoit de réduire de 10 % l'incidence des fractures de l'extrémité supérieure du fémur.

■ ENVIRON 55 000 FEMMES DE 65 ANS OU PLUS ONT ÉTÉ HOSPITALISÉES EN 2006 POUR FRACTURE DU COL DU FÉMUR

En 2006, les services de soins de courte durée en médecine, chirurgie, gynécologie-obstétrique (MCO) ont enregistré, pour les personnes âgées de 65 ans ou plus, 75 600 séjours motivés par une fracture du col du fémur (tableaux 1 et 2). Ces séjours ont concerné un peu plus de 71 000 patients différents (tableau 2). Le nombre de séjours est proche du nombre de patients. En effet, 94,2 % d'entre eux n'ont effectué dans l'année qu'un seul séjour hospitalier pour fracture du col du fémur et 5,5 % en ont compté deux.

Il s'agit de femmes dans près de huit cas sur dix. Elles sont en effet plus nombreuses dans la population générale avec l'avancée en âge et, à âge égal, plus fréquemment atteintes que les hommes par l'ostéoporose. Elles ont totalisé les deux tiers des séjours effectués par les 65-74 ans, 77 % de ceux des 75-84 ans et 82 % de ceux des 85 ans ou plus (tableau 2).

En nombre de séjours, les taux bruts d'hospitalisation pour les personnes de plus de 65 ans ont atteint, en 2006, 97 pour 10 000 femmes et

40 pour 10 000 hommes. En termes de nombre de patients, ils étaient respectivement de 92 et 37,5. Ils ont été, dans tous les groupes d'âge, environ deux fois plus importants pour les femmes (tableau 2). Les taux standardisés d'hospitalisation ont décroché, en moyenne, entre 1997 et 2006, de 1,3 % par an pour les hommes et 1,7 % pour les femmes (tableau 1).

Les variations régionales des taux standardisés d'hospitalisation en métropole ont été relativement faibles. Pour vingt et une régions, l'écart a été de moins de 12 % par rapport au taux national. Les départements français d'Amérique ont, quant à eux, enregistré des taux très inférieurs au taux national (-66 % en Guadeloupe, -60 % en Martinique et -31 % en Guyane pour le total des deux sexes). Ces différences pourraient être en partie liées à des facteurs génétiques et environnementaux protecteurs de l'ostéoporose dans les DOM. À l'opposé, les taux relevés en Corse et en Alsace ont été sensiblement supérieurs (respectivement +29 % et +17 % pour les deux sexes).

Les départements français d'Amérique apparaissent comme les moins touchés par la fracture de l'extrémité supérieure du fémur pour les femmes et pour les hommes, tandis

que la Corse connaissait le taux de recours le plus élevé pour les femmes (+34 % par rapport à la moyenne féminine) et l'Alsace pour les hommes (+38 % par rapport à la moyenne masculine). ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA FICHE • DREES

1. Kanis J.-A., Brazier J.-E., Stevenson M., Calvert N.-W., Lloyd Jones M., 2002, « Treatment of established osteoporosis: a systematic review and cost-utility analysis », *Health Technol Assess*, 6(29).

2. www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/osteoporose_synthese.pdf

synthèse

Les fractures du col du fémur ont motivé près de 76 000 séjours hospitaliers en MCO en 2006 pour les personnes âgées de 65 ans ou plus. Ces séjours ont concerné des femmes dans près de huit cas sur dix. Les taux standardisés d'hospitalisation ont décroché, en moyenne, entre 1997 et 2006, d'environ 1,7 % pour les femmes.

Tableau 1 • Hospitalisations annuelles en soins de courte durée en MCO pour fracture du col du fémur selon le sexe

	Nombre de séjours MCO			Taux brut d'hospitalisation pour 10 000			Taux standardisé d'hospitalisation pour 10 000		
	Hommes	Femmes	Les deux sexes	Hommes	Femmes	Les deux sexes	Hommes	Femmes	Les deux sexes
1997	15 400	58 400	73 800	42,0	106,8	80,7	41,8	79,9	66,7
1998	15 200	58 400	73 600	40,5	105,2	79,1	40,3	78,5	65,1
1999	15 700	59 300	75 000	41,3	105,5	79,6	40,8	78,7	65,4
2000	15 500	59 200	74 700	40,1	104,0	78,1	39,5	77,1	63,9
2001	16 100	60 400	76 500	41,0	104,8	78,9	40,1	77,3	64,3
2002	16 300	59 900	76 200	40,7	102,9	77,6	39,8	75,6	63,1
2003	16 100	58 700	74 800	39,8	99,8	75,3	38,8	73,3	61,3
2004	15 900	58 200	74 100	38,8	98,2	73,9	37,7	71,9	59,9
2005	16 600	58 800	75 400	39,7	98,2	74,2	38,4	71,2	59,7
2006	16 900	58 700	75 600	40,1	97,4	73,9	37,3	68,3	57,3

Champ : France entière, personnes âgées de 65 ans ou plus 1997-2006.

Sources : Base nationale PMSI-MCO et estimations localisées de population.

Tableau 2 • Hospitalisations en 2006 en soins de courte durée en MCO pour fracture du col du fémur selon le sexe et l'âge

Âge	Hommes	Femmes	Les deux sexes
Nombre de séjours MCO			
65 à 74 ans	3 200	6 200	9 400
75 à 84 ans	7 500	24 600	32 100
85 ans ou plus	6 200	27 900	34 100
Total 65 ans ou plus	16 900	58 700	75 600
Taux brut d'hospitalisation pour 10 000			
65 à 74 ans	13,6	22,4	18,4
75 à 84 ans	49,3	103,5	82,4
85 ans ou plus	178,7	319,6	279,5
Total 65 ans ou plus	40,1	97,4	73,9
Nombre de patients			
65 à 74 ans	3 000	5 900	8 900
75 à 84 ans	7 000	23 100	30 100
85 ans ou plus	5 800	26 300	32 100
Total 65 ans ou plus	15 800	55 300	71 100
Taux brut d'incidence ayant entraîné une hospitalisation pour 10 000			
65 à 74 ans	12,7	21,2	17,3
75 à 84 ans	46,0	97,4	77,3
85 ans ou plus	167,6	301,7	263,5
Total 65 ans ou plus	37,5	91,9	69,5
Taux standardisé d'incidence ayant entraîné une hospitalisation pour 10 000			
Total 65 ans ou plus	34,9	64,4	53,9

Champ : France entière, personnes âgées de 65 ans ou plus.

Sources : Base nationale PMSI-MCO et estimations localisées de population.

CHAMP • France entière.

SOURCES • Bases nationales PMSI-MCO (DHOS, ATIH, exploitation DREES) pour les séjours hospitaliers et estimations localisées de population (INSEE).

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • Ont été retenus les séjours comportant un des codes CIM 10 S720 à S722 en diagnostic principal et les séjours comportant un acte de mise en place de prothèse céphalique ou d'ostéosynthèse de l'extrémité supérieure du fémur, même s'ils ne mentionnaient pas de diagnostic de fracture du col du fémur ; un décompte des patients concernés a toutefois été réalisé pour 2006 et les taux d'incidence ayant entraîné une hospitalisation reposent alors sur l'hypothèse qu'en cas de séjours multiples dans l'année, ils concernent tous une seule fracture du col du fémur ; la population utilisée pour calculer les taux standardisés d'hospitalisation est la population européenne (Eurostat - population Europe IARC 1976).

LIMITES ET BIAIS • Il s'agit de données redressées prenant en compte les défauts d'exhaustivité du PMSI liés à des non-réponses partielles ou totales d'établissements de santé ; ce taux d'exhaustivité évalué en journées par comparaison avec la statistique annuelle des établissements (SAE) est en augmentation constante passant de 94 % en 1998 à près de 100 % en 2006.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • DREES.

Polyarthrite rhumatoïde

La polyarthrite rhumatoïde (PR) est inscrite dans les objectifs de la loi de santé publique de 2004 qui préconise de réduire les limitations fonctionnelles et les incapacités induites par la polyarthrite rhumatoïde. Elle fait aussi l'objet du « Plan national pour l'amélioration de la qualité de vie des patients atteints de maladies chroniques » sur la période de 2007 à 2011, plan qui fait état d'environ 300 000 personnes atteintes en France par cette pathologie. Par ailleurs, la période 2000-2010 est marquée par le mouvement initié par l'OMS, la *Décennie des os et des articulations*. Il a comme objectif de faire avancer les connaissances sur ces maladies, tant sur le plan scientifique qu'auprès des citoyens et des gouvernements [Euller-Ziegler *et al.*, 2000]. Les critères de diagnostic ont beaucoup évolué dans le temps et ne sont stabilisés que depuis l'établissement des critères de classification de l'ARA en 1987 [Arnett *et al.*, 1988]. Des études européennes ont mis en évidence que l'incidence et la prévalence de la polyarthrite rhumatoïde sont généralement plus élevées au nord (entre 20 et 250 pour 100 000) qu'au sud de l'Europe (entre 9 et 24 pour 100 000). La tendance récente laisse observer une baisse généralisée des taux d'incidence [Silman *et al.*, 2001].

■ L'INCIDENCE, PLUS ÉLEVÉE CHEZ LA FEMME, AUGMENTE AVEC L'ÂGE

Une étude menée en Lorraine [Guillemin *et al.*, 1994] a identifié les cas de polyarthrite rhumatoïde recensés sur la période 1986-1989 auprès des services de rhumatologie, des rhumatologues libéraux et des généralistes de la zone et dans un rayon de 50 km au-delà. Ces cas ont été rapportés à la population moyenne du territoire selon les recensements de 1982 et 1990. Les taux standardisés ont été calculés avec la population mondiale de référence. L'incidence standardisée globale était de 8,8 pour 100 000, plus élevée chez les femmes (12,7 pour 100 000) que chez les hommes (4,7 pour 100 000). Elle progresse avec l'âge de façon plus marquée chez les femmes (graphique 1). Si l'on compare ces taux d'incidence féminine à ceux des pays européens environnants sur la même période (1986-1989), ils apparaissent plus faibles que ceux observés en Europe du Nord, compris entre 42 et 87 pour 100 000 et sont assez proches de l'incidence relevée récemment en Europe du Sud. Ce constat rejoint le constat réalisé pour l'incidence en population générale. À noter que comme en France, les

taux d'incidence européens sont deux à trois fois plus élevés chez les femmes.

■ UNE PRÉVALENCE CINQ FOIS PLUS ÉLEVÉE CHEZ LES FEMMES QUE CHEZ LES HOMMES

L'étude EPIRHUM [Guillemin *et al.*, 2005], conduite en 2001 par la section épidémiologie de la Société française de rhumatologie, a estimé la prévalence de la PR dans un échantillon multirégional représentatif de la population générale. Au total, 9 395 personnes ont participé à l'étude, soit un taux de réponse moyen de 64,7 %. La prévalence standardisée était de 0,31 % (IC 95 % = 0,18 - 0,48), plus élevée chez la femme (0,51 %) que chez l'homme (0,09 %), avec la prévalence la plus élevée dans la classe d'âge 65-74 ans. Ces chiffres placent la France au même niveau que d'autres pays européens du pourtour méditerranéen (Espagne [Carmona *et al.*, 2002], Italie [Cimmino *et al.*, 1998], Grèce [Drosos *et al.*, 1997]).

Une analyse géographique régionale a montré des variations significatives ($p = 0,02$) avec un gradient de croissance du nord-ouest vers le sud (tableau 1, carte 1). Cette tendance va

dans le sens inverse des observations faites à l'échelle nationale, plus élevée en Europe du Nord (0,8 % dans les publications anciennes, 0,5 % selon les estimations les plus récentes [Kvien *et al.*, 2006; Adomaviciute *et al.*, 2008] qu'en Europe du Sud (0,3 %) [Guillemin *et al.*, 2005; Cimmino *et al.*, 1998]. Ces observations originales en France font suspecter des facteurs environnementaux à l'origine de ces disparités géographiques, observés parfois dans d'autres pays, et que les comparaisons à plus grande échelle ne peuvent mettre en évidence, par effet de lissage. Cette étude confirme un net désavantage des femmes vis-à-vis de cette pathologie en France. Celle-ci s'inscrit dans le domaine plus large des polyarthrites inflammatoires pour lesquelles les données épidémiologiques, également en faveur des femmes, sont encore éparses [Symmons *et al.*, 2006].

■ UN DÉSAVANTAGE FÉMININ QUI SE TRADUIT AUSSI EN TERMES DE LIMITATIONS FONCTIONNELLES

Les conséquences de la maladie sont liées à la douleur et à l'atteinte des capacités fonctionnelles qui limite les activités et restreint la participation sociale [ICF, WHO, 2002]. L'incapacité fonctionnelle a plus d'impact chez la femme que chez l'homme sur la dimension physique (OR = 2,1 [1,7-2,6]) et mentale (OR = 1,8 [1,5-2,2]) du questionnaire de Duke¹ [Loos-Ayav *et al.*, 2007]. Cela s'ajoute au fait que la qualité de vie des femmes est significativement plus faible que celle des hommes à tout âge, comme le montrent les études en population générale menées avec le questionnaire généraliste sur la qualité de vie, le SF-36 [Gautier *et al.*, 2005]. Enfin, elle est responsable d'une surmortalité, principalement par excès de pathologies cardiovasculaires et de lymphomes. ●

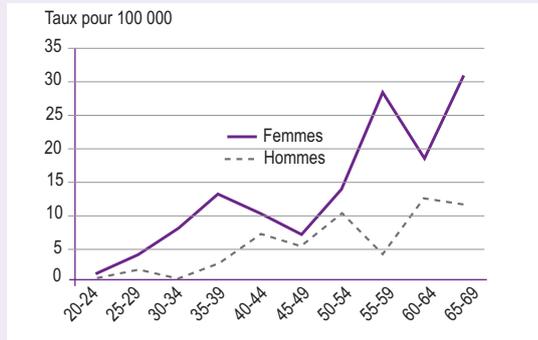
ORGANISME RESPONSABLE DE LA FICHE •
NANCY-UNIVERSITÉ EA 4003,
ÉCOLE DE SANTÉ PUBLIQUE – FACULTÉ DE MÉDECINE

synthèse

La polyarthrite rhumatoïde atteint préférentiellement les femmes de 40 à 60 ans, trois à quatre fois plus fréquemment que les hommes, et affecte sévèrement leur qualité de vie. Les données récentes précisent son incidence (8,8 pour 100 000) et sa prévalence (0,31 %) en France et quantifient un retentissement fonctionnel et un impact deux fois plus élevés chez les femmes que chez les hommes. Sa prise en charge précoce est recommandée et en atténue les conséquences fonctionnelles, psychologiques et sociales.

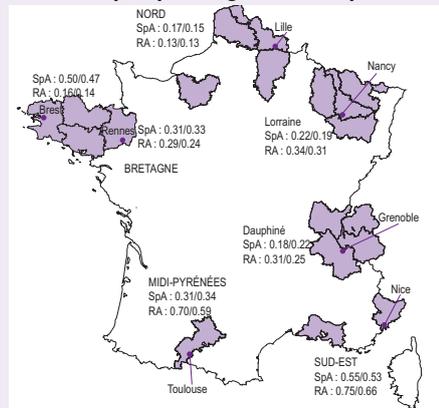
1. Pour un descriptif de ce questionnaire, voir « Le profil de santé de DUKE : un instrument générique de mesure de qualité de vie liée à la santé », Guillemin F., Paul-Dauphin A., Virion J.-M., Bouchet C., Briançon S., 1997, *Santé Publique*, 1 : 37-44, mars.

Graphique 1 • Incidence de la polyarthrite rhumatoïde en fonction de l'âge et du sexe



Sources : Guillemin F., Briançon S., Klein J.-M., Sauleau E., Pourel J., 1994, « Low incidence of rheumatoid arthritis in France », *Scand J. Rheumatol*, 23 (5) : 264-8.

Carte 1 • Estimations de la prévalence de la polyarthrite rhumatoïde dans quelques régions métropolitaines



Sources : Roux C.H. et al.

Caractéristiques de la polyarthrite rhumatoïde

C'est la plus fréquente des polyarthrites chroniques. Elle est caractérisée par une atteinte articulaire souvent bilatérale et symétrique, évoluant par poussées vers la déformation et la destruction des articulations atteintes. Elle est responsable d'une limitation fonctionnelle et douloureuse des articulations touchées. Elle est à l'origine d'un handicap plus ou moins important évoluant vers l'aggravation au cours du temps. Les épidémiologistes utilisent les critères de classification de l'ARA 1987 pour la caractériser dans les études épidémiologiques.

Pour être classé « polyarthrite rhumatoïde », le rhumatisme doit satisfaire à quatre des sept items suivants depuis au moins six semaines :

- raideur matinale* : dérouillage matinal articulaire ou périarticulaire, d'au moins une heure ;
 - arthrite d'au moins trois articulations* : gonflement simultané d'au moins trois articulations, observé par un médecin, par hypertrophie des tissus mous ou par épanchement (et non par hypertrophie osseuse). Les 14 sites articulaires possibles sont les IPP (interphalangiennes proximales), MCP (métacarpophalangiennes), poignets, coudes, genoux, chevilles et MTP (métatarsophalangiennes) ;
 - arthrite des mains* : gonflement (selon la définition ci-dessus) d'au moins une articulation parmi les poignets, les MCP et les IPP ;
 - arthrite symétrique* : atteinte bilatérale simultanée des articulations. L'atteinte bilatérale des IPP, MCP et MTP est acceptable, même en l'absence de symétrie parfaite ;
 - nodules rhumatoïdes : nodules sous-cutanés constatés par un médecin, sur les crêtes osseuses, les faces d'extension, ou périarticulaires.
- facteur rhumatoïde dans le sérum : présence d'un facteur rhumatoïde à titre élevé, par toute technique donnant un résultat positif chez moins de 5 % de la population normale ;
- lésions radiologiques : lésions typiques de la polyarthrite rhumatoïde sur des radios des mains et des poignets, paume contre plaque : érosions osseuses, déminéralisation en bande indiscutable.

* Ces critères doivent être présents depuis au moins six semaines.

Références : Arnett F.C., Edworthy S.M., Bloch D.A., McShane D.J., Fries J.-F., Cooper N.S. et al., 1988, « The American Rheumatism Association 1987 revised criteria for the classification of rheumatoid arthritis », *Arthritis Rheum*, 31 : 315-24.

Méthodologie de l'étude EPIRHUM

L'étude Epirhum [Guillemin et al., 2005] a été conduite par la section épidémiologie de la Société française de rhumatologie en 2001 afin d'estimer la prévalence de la polyarthrite rhumatoïde dans un échantillon multirégional représentatif de la population générale. L'enquête a été réalisée auprès d'un échantillon de plus de 9 000 personnes.

L'échantillon aléatoire à deux degrés a été constitué dans sept régions métropolitaines (20 départements) à partir de la liste téléphonique des ménages, puis par la méthode du prochain anniversaire au sein du ménage. L'enquête a été conduite par des personnes atteintes de la maladie, membres d'associations, et formées pour conduire un entretien standardisé par téléphone avec un questionnaire validé pour la détection de rhumatismes inflammatoires (Guillemin et al., 2003). Les cas suspects de PR ont été confirmés par un rhumatologue. Les estimations de prévalence ont été standardisées sur l'âge et le sexe de la population métropolitaine adulte (< 18 ans) du recensement 1999.

Tableau 1 • Prévalence de la polyarthrite rhumatoïde selon les grandes régions métropolitaines

Régions	(centres coordinateurs)	Prévalence, %	IC 95 %
Nord-Ouest	(Brest, Rennes, Lille)	0,16	0,06 ; 0,31
Nord-Est	(Nancy, Grenoble)	0,28	0,11 ; 0,55
Sud-Est	(Toulouse, Nice)	0,63	0,24 ; 1,20
<i>p (comparaison entre les régions)</i>		0,02	

Sources : Roux C.H. et al., 2007.

RÉFÉRENCES

- Adomaviciute D., Pileckyte M., Baranaukaite A., Morvan J., Dadoniene J., Guillemin F., 2008, « Prevalence survey of rheumatoid arthritis and spondyloarthritis in Lithuania », *Scand J Rheumatol*, 37(2) : 113-9, mars, avril.
- Arnett F. C., Edworthy S. M., Bloch D. A., McShane D. J., Fries J. F. et al., ARA 1988, « The American Rheumatism Association 1987 revised criteria for the classification of rheumatoid arthritis », *Arthritis Rheum*, 31(3) : 315-24, mars.
- Carmona L., Villaverde V., Hernández-García C., Ballina J., Gabriel R., Laffon A., 2002, EPISER Study Group, « The prevalence of rheumatoid arthritis in the general population of Spain », *Rheumatology* (Oxford), 41(1) : 88-95, janvier.
- http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11792885?ordinalpos=21&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_RVDocSum
- Cimmino M. A., Parisi M., Moggiana G., Mela G. S., Accardo S., 1998, « Prevalence of rheumatoid arthritis in Italy: the Chiavari Study », *Ann Rheum Dis*, 57(5) : 315-8, mai.
- Drosos A. A., Alamanos I., Voulgari P. V., Psychos D. N., Katsaraki A. et al., 1997, « Epidemiology of adult rheumatoid arthritis in northwest Greece 1987-1995 », *J Rheumatol*, 24(11) : 2129-33, novembre.
- Euler-Ziegler L., Bardin T., 2000, « The Bone and Joint Decade will turn the spotlight on rheumatic diseases worldwide from 2000 to 2010 », *Joint Bone Spine*, 67(1) : 5-7, janvier.
- Gautier A., Kubiak C., Collin J.-F., 2007, « Qualité de vie : une évaluation positive », *Baromètre Santé 2005*, INPES, p. 45-64.
- Guillemin F., Saraux A., Guggenbuhl P., Roux C.-H., Fardellone P. et al., 2005 « Prevalence of rheumatoid arthritis in France : 2001 », *Ann Rheum Dis*, 64(10) : 1427-30, octobre.
- Guillemin F., Saraux A., Fardellone P., Guggenbuhl P., Behier J. M., Coste J., 2003, « Epidemiology committee of the french society of rheumatology. Detection of cases of inflammatory rheumatic disorders: performance of a telephone questionnaire designed for use by patient interviewers », *Ann Rheum Dis*, 62(10) : 957-63, octobre.
- Guillemin F., Briançon S., Klein J. M., Sauleau E., Pourel J., 1994, « Low incidence of rheumatoid arthritis in France », *Scand J Rheumatol*, 23(5) : 264-8.
- Kvien T. K., Uhlig T., Ødegård S., Heiberg M. S., 2006, « Epidemiological aspects of rheumatoid arthritis: the sex ratio », *Ann N Y Acad Sci*, 1069 : 212-22, juin.
- Loos-Ayav C., Chau N., Riani C., Guillemin F., 2007, « Functional disability in France and its relationship with health-related quality of life – a population-based prevalence study », *Clin Exp Rheumatol*, 25(5) : 701, septembre-octobre.
- Roux C. H., Saraux A., Le Bihan E., Fardellone P., Guggenbuhl P. et al., 2007, « Rheumatoid arthritis and spondyloarthritis: geographical variations in prevalence in France », *J Rheumatol*, 34(1) : 117-22, janvier.
- Silman A. J., « Rheumatoid arthritis », in Silman A. J., Hochberg M. C., 2001, *Epidemiology of the rheumatic diseases*, Oxford Ed., 31-71.
- Symmons D. P., Silman A. J., 2006, « Aspects of early arthritis. What determines the evolution of early undifferentiated arthritis and rheumatoid arthritis? », An update from the Norfolk Arthritis Register. *Arthritis Res Ther*, 8(4) : 214.
- WHO, 2002, « Towards a common language for functioning, disability and health », ICF, World Health Organization, Geneva.

Santé fonctionnelle

La plupart des études en France ou à l'étranger indiquent que les femmes ont davantage de troubles de santé et d'incapacité que les hommes. Compte tenu de l'évolution de la mortalité, les femmes atteignent des âges de plus en plus élevés et sont aussi plus nombreuses à survivre à des maladies chroniques; elles sont de ce fait très exposées aux incapacités qui en découlent. Les situations d'incapacité des femmes (limitations fonctionnelles physiques et sensorielles et gênes dans les activités) sont décrites ici afin de donner des indications sur les différences entre femmes et hommes en matière d'incapacité, de besoins et de prise en charge.

■ UNE PLUS LONGUE ESPÉRANCE DE VIE CHEZ LES FEMMES

Les femmes françaises ont une espérance de vie parmi les plus longues au monde (84,4 ans en 2007). En 2003, les femmes de 65 ans pouvaient espérer passer 80 % du temps qu'il leur restait à vivre sans gêne pour les soins personnels et seulement un tiers de leur vie sans problèmes fonctionnels courants (difficultés à voir, marcher, entendre...). Près d'une sur trois déclare des troubles fonctionnels physiques ou sensoriels; une sur cinq se sent limitée dans les activités du quotidien à cause de leur santé et, en particulier, à cause de leurs troubles fonctionnels. Pour 4 % des femmes, les difficultés concernent les activités de soins personnels (toilette, habillage...), dénotant un état particulièrement dégradé. Les différents types d'incapacités sont plus fréquents chez les femmes. Celles-ci sont en effet plus nombreuses aux grands âges auxquels ces problèmes sont habituels. Cependant, même en tenant compte de cet effet de structure, les femmes présentent toujours des prévalences plus élevées. Dès lors, elles ont une espérance de vie plus longue que les hommes mais vivent plus de temps qu'eux avec des incapacités (tableau 1) [Cambois *et al.*, 2006]: quatre ans de plus avec des limitations fonctionnelles, trois ans de plus avec des gênes dans les activités du quotidien et deux ans de plus avec des gênes dans les activités de soins personnels. Ces différences nous invitent à analyser plus en détail les incapacités déclarées par les femmes et par les hommes¹.

■ DES LIMITATIONS FONCTIONNELLES PHYSIQUES OU SENSORIELLES PLUS OU MOINS BIEN CORRIGÉES

Près de 64 % des femmes adultes déclarent des altérations fonctionnelles sensorielles (difficultés à voir de près, à voir de loin et à enten-

dre) ou physiques (difficultés à marcher, se pencher, utiliser ses mains) (tableau 2). C'est le cas de 55 % des hommes. Ces altérations sont en grande partie corrigées par des aides techniques (lunettes, appareils...); 93 % des femmes qui déclarent une limitation fonctionnelle précisent qu'elles utilisent une aide technique ou une correction. C'est légèrement plus que pour les hommes. Dans 61 % de ces cas, il n'y a plus de difficultés. Au final, 27 % des femmes déclarent des altérations fonctionnelles résiduelles, c'est-à-dire non ou mal corrigées par une aide technique. Les limitations fonctionnelles sensorielles ou physiques augmentent très rapidement avec l'âge. En revanche, parmi les femmes qui ont des limitations, le recours à une aide technique et l'efficacité de cette dernière diminuent avec l'âge (graphique 1).

L'accroissement brutal des limitations fonctionnelles à la quarantaine est lié principalement à la survenue et au diagnostic des problèmes de vue (presbytie), mais ces problèmes sont largement corrigés; on ne perçoit plus cette cassure lorsque seules les limitations fonctionnelles résiduelles sont prises en compte. En dissociant les problèmes de vue de près et de loin, on s'aperçoit que les premiers concernent une femme sur deux et que seules 6 % des femmes déclarent toujours ce type de problèmes à près corrections (tableau 2). Les seconds, moins fréquents (déclarés par 20 % des femmes), sont aussi largement corrigés puisqu'ils laissent seulement environ 3 % d'entre elles avec des difficultés résiduelles. Par ailleurs, une femme sur cinq déclare des problèmes physiques et ces limitations concernent encore 16 % d'entre elles lorsqu'on tient compte des aides. Les problèmes d'audition, moins fréquents, concernent 9 % des femmes et encore 8 % lorsqu'on tient compte des aides techniques. Ainsi, l'efficacité des aides tech-

niques apparaît élevée pour les problèmes de vue en général avec une différence entre femmes et hommes: l'efficacité apparaît plus faible pour les femmes que pour les hommes. Pour les limitations fonctionnelles physiques ou auditives, les aides techniques sont nettement moins efficaces, voire inexistantes.

Si l'on compare les déclarations des femmes et des hommes, les différences sont faibles pour les problèmes résiduels de vision de près (en tenant compte de l'âge). En revanche, les femmes déclarent plus fréquemment que les hommes des problèmes résiduels physiques (RR = 1,46) ou pour voir de loin (RR = 1,56) et à l'inverse, nettement moins fréquemment de problèmes d'audition (RR = 0,61). Elles ont des pathologies particulièrement sources de limitations fonctionnelles pouvant expliquer ce désavantage (par exemple, les maladies ostéo-articulaires).

■ DES GÊNES DANS LES ACTIVITÉS EN GÉNÉRAL DÉCLARÉES PAR 16 % DES FEMMES

Les situations de gêne pour les soins personnels touchent 4,2 % des femmes et se concentrent aux âges élevés: les trois quarts des femmes dans cette situation ont plus de 70 ans et 23 % ont entre 30 et 60 ans. À âge égal, les femmes sont encore plus souvent dans cette situation que les hommes (RR = 1,26). Les limitations pour les activités du quotidien² affectent 16 % des femmes et 14 % des hommes, les différences sont moins marquées que pour les soins personnels (RR = 1,07). Cette ques-

1. L'enquête sur la santé et les soins médicaux de 2002-2003 permet d'aborder différentes approches de l'incapacité [Cambois et Robine, 2006a]. Nous utilisons, dans cette étude, certaines de ces approches.

2. « Être limité dans les activités que les gens font habituellement depuis au moins six mois à cause d'un problème de santé. »

Tableau 1 • Espérance de vie totale et espérance de vie sans incapacité à 20 ans et à 65 ans en 2003

	Espérance de vie à 20 ans		Espérance de vie à 65 ans	
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
Espérance de vie totale	63,7	56,6	21,5	17,1
Espérance de vie				
Sans limitation physique ou sensorielle	42,4 (67 %)	41,2 (73 %)	6,9 (32 %)	6,8 (40 %)
Sans restriction dans les activités de soins personnels	58,8 (92 %)	54,0 (96 %)	17,1 (80 %)	14,8 (87 %)
Sans limitation d'activité de long terme	50,9 (80 %)	47,7 (84 %)	13,1 (61 %)	11,7 (69 %)

Champ : Population des ménages, France métropolitaine, 2003.

Sources : Enquête sur la santé et les soins médicaux 2002-2003 et tables de mortalité INSEE. Cambois *et al.*, 2006.

Tableau 2 • Prévalences des limitations fonctionnelles chez les femmes (18 ans et plus) et risques relatifs standardisés comparés aux hommes

	% Limitations fonctionnelles		Utilisation d'aides techniques				% Limitations fonctionnelles non ou mal corrigées	
	%	F/H*	% Recours		% Efficacité		%	F/H*
			%	F/H*	%	F/H*		
Limitations physiques ou sensorielles	63,5	1,10	93	1,06	61	0,87	27,5	1,08
Fonctions locomotrices	19,1	1,64	53	1,09	29	1,08	16,2	1,60
Fonctions souplesse et manipulation	20,4	1,35	46	1,00	47	1,04	16,0	1,35
Fonctions visuelles (vue de loin)	20,5	1,62	97	1,01	89	0,96	2,7	1,56
Fonctions visuelles (vue de près)	52,2	1,07	97	1,04	92	0,98	5,9	1,04
Fonctions auditives	9,1	0,62	22	1,45	57	1,08	7,9	0,61

* Risque relatif des femmes par rapport à celui des hommes, standardisé sur la structure par âge de la population féminine.

Champ : Population des ménages, France métropolitaine, 2003.

Sources : Enquête sur la santé et les soins médicaux 2002-2003 INSEE.

RÉFÉRENCES •

- Cambois E., Robine J.-M., 2006a, « L'incapacité et le handicap dans l'enquête Santé 2002-2003 : diversité des approches et usage des indicateurs », *Solidarité Santé*, 2 : 23-31.
- Cambois E., Robine J.-M., 2006b, « L'espérance de vie sans incapacité continue d'augmenter », *Solidarité Santé*, 2 : 7-22.
- Cambois E., Robine J.-M., 2003, « Vieillesse et restrictions d'activités : l'enjeu de la compensation des problèmes fonctionnels », *Études et Résultats*, 261 : 1-10.
- Gaymu J., Équipe Felicie, 2008, « Comment les personnes dépendantes seront-elles entourées en 2030 ? Projections européennes », *Population et sociétés*, 444 : 1-4.

Santé fonctionnelle (suite)

tion, plus large dans sa formulation, inclut toutes sortes d'activités, y compris professionnelles pour lesquelles les hommes sont plus enclins à déclarer des difficultés. C'est aussi pourquoi ces gênes concernent aussi relativement plus souvent les âges actifs : 39 % des femmes et 48 % des hommes concernés ont entre 30 et 60 ans. Dans une grande partie des cas, ces gênes résultent directement des altérations fonctionnelles physiques ou sensorielles évoquées. Le désavantage des femmes pour les gênes dans les activités est donc en partie lié aux plus importantes altérations fonctionnelles en général et difficultés résiduelles.

■ LES FEMMES, PLUS À L'ÉCOUTE DE LEURS PROBLÈMES DE SANTÉ

Mais on constate aussi que les femmes déclarent plus souvent que les hommes des limitations fonctionnelles qui ne s'accompagnent pas de gênes dans les activités. On montre en effet qu'avant 70 ans, à âge et limitations fonctionnelles équivalents, le risque de déclarer des gênes dans les activités est plus faible chez les femmes que chez les hommes [Cambois et Robine, 2003]. Ce résultat peut refléter des comportements et pratiques différenciés selon le sexe vis-à-vis de la santé. Par exemple, les femmes, généralement proches des systèmes de soins (santé de la reproduction, santé des enfants et des parents âgés), seraient plus enclines à repérer et donc à déclarer leurs problèmes de santé, entre autres des troubles à des stades précoces plus faciles à gérer, entraînant peu de difficultés.

Cette prise en charge précoce permet de limiter ou de retarder le risque que les altérations fonctionnelles s'accompagnent de gênes dans les activités. *A contrario*, les hommes indiqueraient des limitations fonctionnelles qui elles sont sévères, visibles et se répercutent sur les activités (entre autres professionnelles). Avant 70 ans, les femmes signaleraient davantage de limitations fonctionnelles, mais pour partie des limitations repérées précocement et plus aisément prises en charge.

Après 70 ans, les femmes déclarent toujours plus de limitations fonctionnelles que les hommes, mais contrairement à ce qu'on observe chez les plus jeunes, ces limitations entraînent autant de gênes dans les activités que pour les hommes. Il est probable que les troubles après cet âge soient difficiles à compenser pour tous, ainsi les femmes perdent le bénéfice d'un repérage précoce de leurs problèmes. Par ailleurs, moins entourées et aidées que les hommes [Gaymu *et al.*, 2008], elles peuvent se trouver alors dans une situation plus critique (besoin d'intervenants extérieurs pour les activités), y compris lorsque leurs problèmes fonctionnels sont modérés.

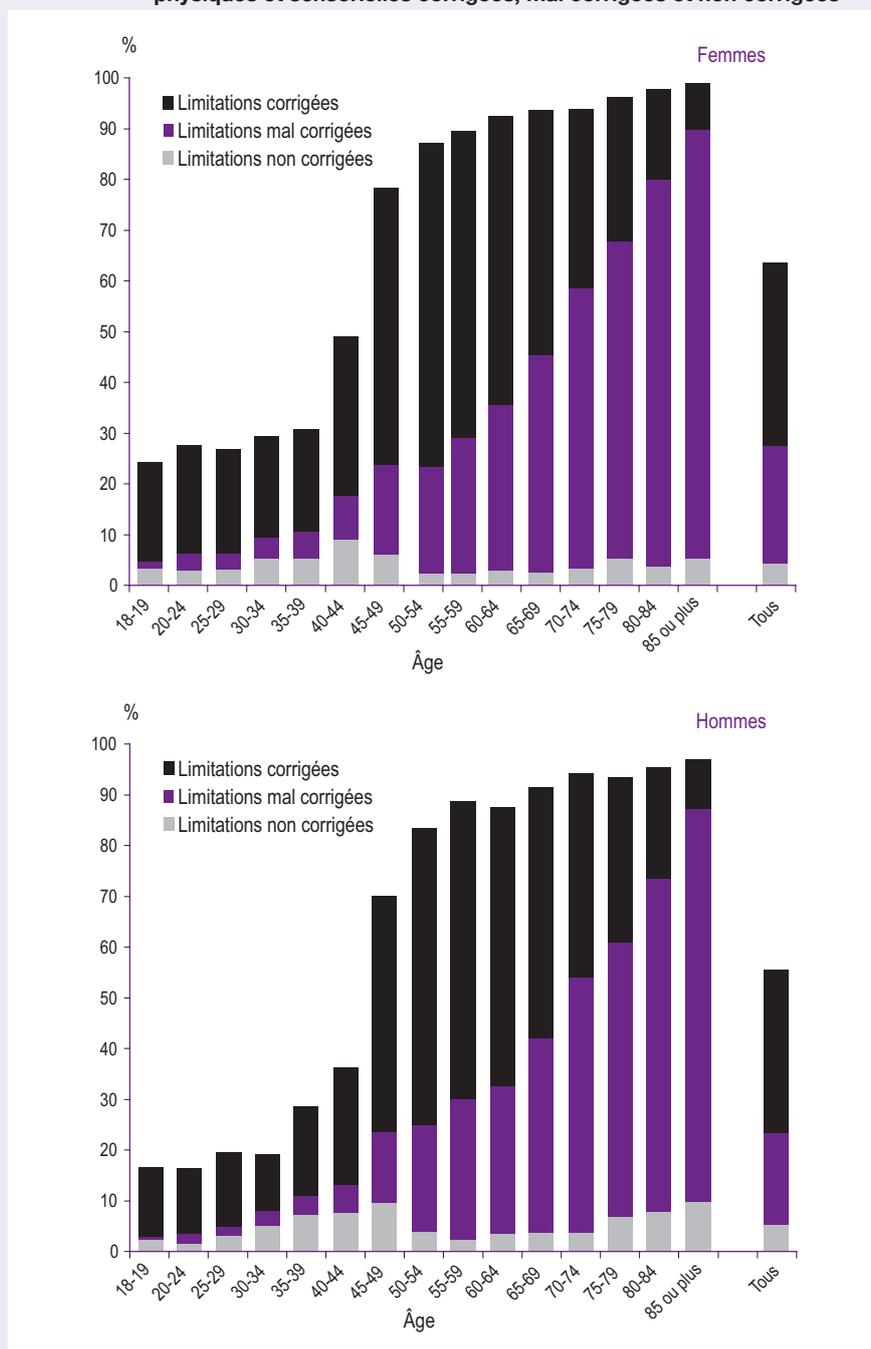
Ces résultats soulignent des différences dans les situations d'incapacité vécues et déclarées par les hommes et les femmes, indiquant des besoins spécifiques en matière de repérage, de soins et d'assistance. ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA FICHE •
INED, UR4 ET UR5

synthèse

En 2003, les femmes françaises ont une des espérances de vie les plus longues au monde, mais elles passent une partie de ce temps avec des incapacités : à 65 ans, elles passent les deux tiers de leur vie avec des limitations fonctionnelles courantes et 80 % sans gênes dans leurs activités. Ainsi, les femmes déclarent plus de limitations fonctionnelles que les hommes, mais celles-ci ne s'accompagnent pas plus, voire même moins, de gênes dans les activités que celles que les hommes déclarent. On suppose qu'étant proches des systèmes de soins (santé de la reproduction, des enfants, des parents), elles perçoivent et déclarent plus systématiquement leurs problèmes de santé, probablement à des stades plus gérables. Ces résultats montrent des situations différentes pour les femmes et les hommes, suggérant des besoins différents en matière de soins et d'assistance.

Graphique 1 • Évolution avec l'âge de la déclaration de limitations fonctionnelles physiques et sensorielles corrigées, mal corrigées et non corrigées



Champ : Femmes et hommes 18 ans ou plus.

Sources : Enquête sur la santé et les soins médicaux 2002-2003, INSEE.

Maladie d'Alzheimer

La maladie d'Alzheimer est la forme de démence du sujet âgé la plus fréquente, elle représente environ 70 % des cas. Avec l'allongement de la durée de vie, principalement dans les pays développés, son incidence augmente de manière très importante.

Le diagnostic est difficile à établir, car il repose sur des outils complexes et nécessite une très bonne connaissance de la maladie. Ainsi, cette pathologie est encore sous-diagnostiquée, ce qui explique en partie que l'on ne puisse pas comptabiliser directement le nombre de sujets touchés par la maladie d'Alzheimer en France.

Pour l'heure, les données de prévalence et d'incidence reposent sur des extrapolations d'études épidémiologiques, notamment de l'étude française Paquid.

En France, comme presque partout dans le monde, la maladie d'Alzheimer touche une large proportion de la population âgée, soit environ 6 % des personnes âgées de plus de 65 ans. On estime que plus de 850 000 personnes sont aujourd'hui atteintes de démence, majoritairement des femmes, et que près de 225 000 nouveaux cas apparaissent chaque année. Outre ces estimations, aucun indicateur ne permet à l'heure actuelle de mesurer l'ampleur de la maladie sur l'ensemble du territoire français. En effet, au 31 décembre 2006, seules 198 319 personnes étaient bénéficiaires de l'affection de longue durée (ALD) pour maladie d'Alzheimer.

■ LA PRÉVALENCE DES DÉMENCES PLUS FAIBLE CHEZ LES FEMMES QUE CHEZ LES HOMMES AVANT 65 ANS

Avant 65 ans, la prévalence¹ des démences² est estimée entre 0,05 % et 0,1 %. L'INSERM, par extrapolation au recensement INSEE de 2004, estime qu'environ 32 000 personnes de moins de 65 ans étaient atteintes de démence en France en 2004, soit probablement un peu plus de 20 000 personnes atteintes de maladie d'Alzheimer. Si l'on distingue les prévalences pour les femmes et les hommes, elles apparaissent supérieures chez ces derniers avant 65 ans. Selon les dernières estimations datant de 1991 réalisées par le groupe Eurodem (*European community concerted action epidemiology of dementia*), la prévalence en Europe des démences précoces était estimée à 0,2 % et 0,1 % respectivement pour les hommes et les femmes âgés de moins de 60 ans et à 1,6 % et 0,5 % dans le groupe d'âges des 60-64 ans.

■ DES DIFFÉRENCES ENTRE FEMMES ET HOMMES PLUS SENSIBLES À PARTIR DE 80 ANS

La source principale de données de prévalence des démences en France après 65 ans provient de l'étude Paquid (Personnes âgées QUID), étude de cohorte menée en population générale depuis 1989 en Gironde et Dordogne. La prévalence des démences a été estimée à

l'inclusion des personnes dans l'étude en 1989. Chez les personnes de 65 ans et plus, elle était de 4,6 % et augmentait avec l'âge pour atteindre 7,7 % chez les 75 ans et plus. La prévalence de la démence a été réévaluée en 1999 chez les personnes de 75 ans et plus survivantes de la cohorte initiale : elle était estimée globalement à 17,8 % et était nettement supérieure chez les femmes (20,5 %) que chez les hommes (13,2 %). Elle augmentait très nettement avec l'âge (tableau 1). Près de 80 % des cas étaient des patients atteints de maladie d'Alzheimer, 10 % de démences vasculaires et 10 % de démences mixtes.

En Europe, pour les plus de 65 ans, selon les estimations du groupe Eurodem pour l'année 2000, la prévalence des démences était de 6,4 %, celle de la maladie d'Alzheimer de 4,4 %. Les expertises montraient par ailleurs une augmentation sensible des prévalences des démences avec l'âge passant de 0,8 % dans le groupe d'âges des 65-69 ans à 28,5 % dans le groupe des 90 ans et plus. Les différences entre femmes et hommes ne semblent débiter qu'à partir de 80 ans.

L'extrapolation de ces données au recensement de 2004 indique qu'il y aurait en France plus de 850 000 cas de démence. La maladie d'Alzheimer représente globalement 70 % de ces cas, soit près de 600 000 cas, et les autres démences sont vasculaires (10 %) ou mixtes (20 %), avec quasiment trois fois plus de

femmes (400 000) atteintes que d'hommes. Une autre source de données qui permet une appréciation de la prévalence de la maladie d'Alzheimer est le nombre de personnes bénéficiaires d'une affection de longue durée pour cette pathologie (ALD 15). Les chiffres de la caisse nationale d'Assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS, sections locales mutualistes comprises) montrent qu'au 31 décembre 2006, 198 319 personnes bénéficiaient de l'ALD 15, 74,2 % de femmes et 25,8 % d'hommes.

■ UNE FORTE AUGMENTATION DES TAUX D'INCIDENCE À PARTIR DE 65 ANS QUI S'ACCROÎT AU-DELÀ DE 80 ANS

En France, les données d'incidence proviennent des chiffres corrigés de l'étude Paquid (correction de la sous-estimation due au fait que le décès peut survenir avant que le diagnostic de démence ne puisse être porté dans l'intervalle entre deux visites). À partir des données INSEE 2004 et celles sur l'incidence, le nombre de nouveaux cas annuels de

1. Les estimations de la prévalence des formes précoces de démences sont issues d'études épidémiologiques qui portent sur peu de cas. Les chiffres sont donc à considérer avec précaution, les données étant peu précises.

2. Dans cette fiche, les démences correspondent à la maladie d'Alzheimer, aux démences vasculaires et aux démences mixtes.

Tableau 1 • Prévalence de la maladie d'Alzheimer en fonction de l'âge et du genre

	Paquid	Eurodem
Femmes		
65-69 ans	-	1,0
70-74 ans	-	3,1
75-79 ans	5,7	6,0
80-84 ans	16,6	12,6
85 ans ou plus	38,4	25,0
Hommes		
65-69 ans	-	1,6
70-74 ans	-	2,9
75-79 ans	7,7	5,6
80-84 ans	12,5	11,0
85 ans ou plus	23,9	18,0

Champ : Patients inclus dans l'étude Paquid – Patients inclus dans plusieurs études épidémiologiques européennes (Eurodem).

Sources : Études Paquid et Eurodem.

CHAMP • Patients inclus dans l'étude Paquid – Patients inclus dans plusieurs études épidémiologiques européennes (Eurodem).

SOURCES • Expertise collective de INSERM sur la maladie d'Alzheimer (2007) – Étude Paquid et groupe Eurodem.

LIMITES • Estimations produites à partir d'extrapolations d'enquête épidémiologiques.

RÉFÉRENCES •

Paquid :

– Ramarosan H., Helmer C., Barberger-Gateau P., Letenneur L., Dartigues J.-F., 2003, « Prévalence de la démence et de la maladie d'Alzheimer chez les personnes de 75 ans et plus : données réactualisées de la cohorte Paquid », *Revue Neurologique*, 159 (4) : 405-11, avril.

Eurodem :

– Lobo A., Launer L.J., Fratiglioni L., Andersen K., Di Carlo A., Breteler M.M., *et al.*, 2000, « Prevalence of dementia and major subtypes in Europe: a collaborative study of population-based cohorts. Neurologic diseases in the Elderly research group », *Neurology*, 54 (11 Suppl 5) : S4-9.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • InVS.

Maladie d'Alzheimer (suite)

démences est estimé à 225 000 en France métropolitaine. L'exploitation de l'enquête Paquid souligne par ailleurs une hausse sensible avec l'âge du taux d'incidence annuelle des démences : de moins de cinq nouveaux cas par an pour 1 000 personnes âgées de 65 ans à près de 30 nouveaux cas chez les personnes âgées de 80 ans (graphique 1). Au-delà de 80 ans, il est important d'appréhender séparément les taux d'incidence des hommes et des femmes, le taux étant nettement plus élevé chez ces dernières.

Les analyses faites à partir de huit études européennes menées dans sept pays (Danemark, Espagne, Finlande, France, Grande-Bretagne, Pays-Bas et Suède) permettent d'avancer des chiffres pour chaque tranche d'âge, avec un taux d'incidence moyen qui augmente fortement de 2/1 000 personnes par année entre 65 et 69 ans à 70/1 000 personnes par année après 90 ans (graphique 2).

Outre l'évolution par âge, il apparaît aussi une évolution temporelle. En France, selon les données de la CNAMTS (sections locales mutualistes comprises), les effectifs de personnes en affection de longue durée pour

maladie d'Alzheimer (ALD 15) ont augmenté de 6,1 % entre 2005 et 2006 ce qui correspond à 11 344 nouvelles mises en ALD 15.

■ UNE PATHOLOGIE DONT LA PRÉVALENCE VA S'ACCROÎTRE EN RAISON DU VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION

Selon les données épidémiologiques disponibles, seule la moitié des patients est aujourd'hui identifiée. Cependant, avec le vieillissement de la population, la prévalence de la

maladie d'Alzheimer va continuer à augmenter, son poids sur les familles et la société également. En effet, en 2007, la population des plus de 60 ans s'élevait à 13,1 millions de personnes, soit 21 % de la population française (sources INSEE). À l'horizon 2050, si l'augmentation de l'espérance de vie se poursuit au même rythme qu'aujourd'hui, les plus de 60 ans représenteront environ 35 % de la population française, avec 22,4 millions d'individus. ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA FICHE • InVS

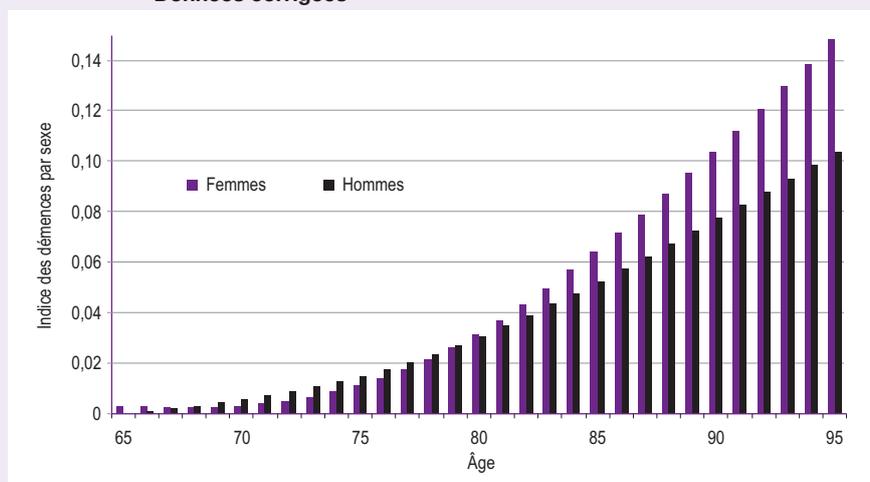
synthèse

La prévalence et l'incidence de la maladie d'Alzheimer augmentent nettement avec l'âge, et en particulier après 80 ans. C'est également à partir de cet âge que la différence entre les femmes et les hommes s'accroît, les femmes étant nettement plus souvent touchées par la maladie d'Alzheimer.

Pour l'année 2004, les estimations françaises de la prévalence de la maladie d'Alzheimer (près de 600 000 personnes atteintes dont 400 000 femmes) et de l'incidence des démences (225 000 nouveaux cas) montrent l'ampleur de cette pathologie dans le contexte du vieillissement de la population.

Dans le futur, avec le vieillissement de la population, le nombre de personnes atteintes de maladie d'Alzheimer augmentera considérablement. Si l'épidémiologie de la maladie d'Alzheimer se maintient, ce qui est une hypothèse minimaliste, les prévisions pour 2050 sont supérieures à un million de personnes dont 670 000 femmes.

Graphique 1 • Taux d'incidence annuelle des démences selon l'âge en France - Données corrigées



Champ : France métropolitaine. Femmes et hommes de 65 ans ou plus.
Sources : Données Paquid sur 13 ans.

CHAMP • France métropolitaine. Femmes et hommes de 65 ans ou plus.

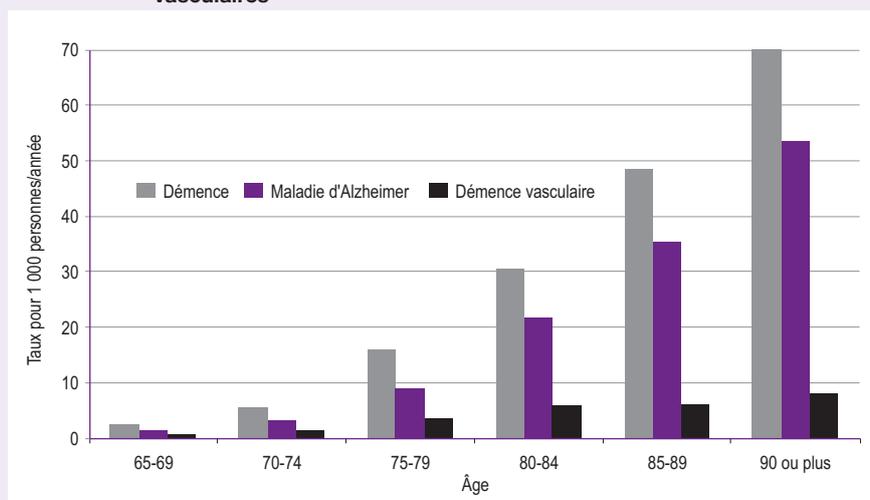
SOURCES • Expertise collective de l'INSERM sur la maladie d'Alzheimer (2007), étude Paquid.

LIMITES SOURCE • Estimations produites à partir de l'extrapolation de l'enquête Paquid, cohorte réalisée en Gironde et en Dordogne sur un échantillon de personnes vivant à domicile ou en institution (3 149 en 1989 à l'inclusion et 1 461 en 1999).

RÉFÉRENCES •
 – Commenges D., Joly P., Letenneur L., Dartigues J.-F., 2004, « Incidence and mortality of Alzheimer's disease or dementia using an illness-death model », *Stat Med.* 30; 23 (2) : 199-210, janvier.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • InVS.

Graphique 2 • Incidence des démences, de la maladie d'Alzheimer et des démences vasculaires



Champ : Danemark, Espagne, Finlande, France, Grande-Bretagne, Pays-Bas et Suède. Femmes et hommes de 65 ans ou plus.
Sources : Données Eurodem.

CHAMP • Danemark, E spagnie, F inlande, F rance, Grande-Bretagne, Pays-Bas et Suède. Femmes et hommes de 65 ans ou plus.

SOURCES • Expertise collective de INSERM sur la maladie d'Alzheimer (2007)-groupe Eurodem.

LIMITES SOURCE • Estimations produites à partir d'extrapolations d'enquête épidémiologiques.

RÉFÉRENCES •
 – Fratiglioni L., Launer L.J., Andersen K., *et al.*, 2000, « Incidence of dementia and major subtypes in Europe : a collaborative study of population-based cohorts », *Neurology*; 54 (suppl 5) : S10-5.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • InVS.

cancers



Tous cancers

En 2005, le nombre de nouveaux cas de cancers chez les femmes en France métropolitaine a été estimé à près de 136 000, ce qui représente 43 % de l'ensemble des cancers en population générale. Au cours de cette même année, les cancers ont été responsables de près de 59 000 décès chez les femmes (41 % de l'ensemble du nombre de décès par cancer).

En 2005, l'incidence (nouveaux cas de cancers) a été estimée chez les femmes à 251,9 pour 100 000 personnes par année et la mortalité à 80 pour 100 000 (taux standardisés sur la population mondiale). La différence entre les femmes et les hommes est plus marquée pour la mortalité que pour l'incidence. En effet, l'incidence chez les femmes est un tiers inférieure à celle des hommes (252 pour 100 000 contre 376 pour 100 000) tandis que la mortalité est deux fois inférieure (80 pour 100 000 contre 161 pour 100 000). Ces données s'expliquent en partie par la plus grande espérance de vie des femmes. En Europe, la France occupe globalement une position intermédiaire entre les pays du Nord présentant des taux supérieurs et ceux du Sud présentant des taux plus faibles.

■ LE CANCER DU SEIN EST LA LOCALISATION LA PLUS FRÉQUENTE DEVANT LE CANCER COLORECTAL ET LE CANCER DU POUMON

En termes d'incidence (nouveaux cas), le sein arrive largement en tête des localisations avec près de 50 000 cancers en 2005, suivis du colon-rectum (17 500) et du poumon (6 700). Pour cette même année, deux autres localisations sont responsables chacune de plus de 5 000 cas : le corps de l'utérus et la thyroïde. Viennent ensuite cinq localisations dont l'effectif dépasse 3 000 cas : le lymphome malin non hodgkinien, les ovaires, le mélanome de la peau, le pancréas et le col utérin.

En termes de mortalité en 2005, les localisations les plus fréquentes sont les mêmes que pour l'incidence. Le cancer du sein est à l'origine de 11 200 décès, suivi du cancer colorectal (8 000 décès) et de celui du poumon (5 700 décès). Viennent ensuite les cancers du pancréas puis des ovaires.

■ DEPUIS 1980, L'INCIDENCE DES CANCERS AUGMENTE ET LA MORTALITÉ DIMINUE

En France, le nombre de nouveaux cas de cancers chez les femmes a augmenté de 84 % entre 1980 et 2005 passant de 73 712 à 135 895. Cet accroissement est dû à l'augmentation de la taille de la population (+22 %), au vieillissement de la population (+16%) et à l'évolution du niveau de risque de cancer par âge (+46 %).

Sur la même période, l'augmentation du nombre de décès a été de 13 % passant de

52 479 à 59 273 et l'intégralité de l'augmentation observée est attribuable aux modifications de la démographie. En effet, les 13 % se décomposent en 13 % dus à l'augmentation de la population, 22 % au vieillissement de la population, le risque de décéder d'un cancer ayant diminué de 22 %.

Ces variations se traduisent par des évolutions différentielles des taux standardisés qui prennent en compte les évolutions démographiques. Entre 1980 et 2005, le taux standardisé d'incidence a augmenté de 42,6 % passant de 176,6 à 251,9 pour 100 000 personnes années et le taux standardisé de mortalité a diminué de 20,3 % passant de 100,4 à 80 pour 100 000 personnes années¹. Ainsi entre 1980 et 2005, le taux annuel moyen d'évolution de l'incidence est de +1,4 % pour l'incidence et de -0,9 % pour la mortalité.

■ PRINCIPALES CONTRIBUTIONS AUX ÉVOLUTIONS CONSTATÉES

Chez les femmes, la moitié des cas supplémentaires de cancer, depuis 1980, sont représentés par des cancers du sein. L'augmentation des dépistages, ces 25 dernières années, y a partiellement contribué. Le taux standardisé de cancers du sein est passé de 56,8 pour 100 000 personnes en 1980 à 101,5 en 2005.

Pour les cancers colorectaux (voir fiche 52 « Cancer colorectal »), l'incidence est passée chez les femmes de 22,8 pour 100 000 en 1980 à 24,5 en 2005, avec une stagnation depuis 2000. La baisse de l'incidence observée aux États-Unis depuis les années 1985 n'est pas constatée actuellement en France.

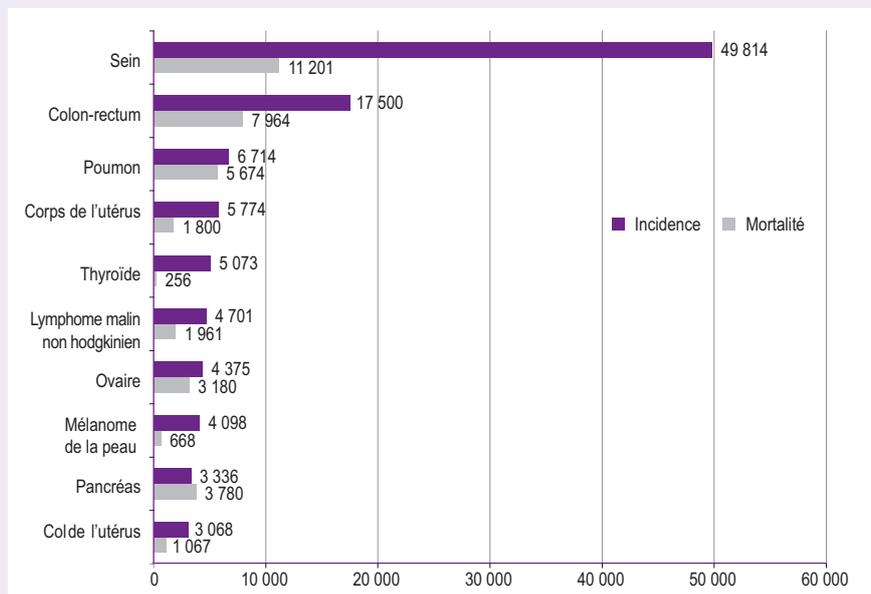
Pour le cancer du poumon, contrairement à la diminution observée chez les hommes, l'incidence et la mortalité ont très fortement augmenté chez les femmes. L'incidence est passée de 3,6 en 1980 à 12,6, pour 100 000 en 2005, soit en moyenne de +5,1 % par an. Cet accroissement est encore plus marqué pour la période récente avec +5,8 % par an entre 2000 et 2005. Cette tendance est observée dans la plupart des pays occidentaux en lien avec la forte augmentation du tabagisme féminin.

Une forte augmentation – restant inférieure à celle observée chez les hommes – des mélanomes de la peau est également constatée. L'incidence est passée de 3,9 en 1980 à 8,8 pour 100 000 en 2005. Entre 2000 et 2005 la croissance semble se ralentir, mais reste à confirmer pour les prochaines années. Cette évolution favorable ne doit pas pour autant inciter à relâcher les mesures de prévention.

La situation des cancers des lèvres-bouche-pharynx est à mentionner. Alors qu'elle évolue favorablement chez les hommes en lien avec une diminution des consommations alcoolotabagiques, il n'en est pas de même chez les femmes. L'incidence est passée de 3,5 en 1980 à 5,2 pour 100 000 en 2005 avec un taux annuel moyen d'évolution de +1,6 %, tandis que la mortalité est restée stable. L'augmentation de l'incidence est liée en grande partie à l'augmentation de la consommation de tabac et probablement en partie à l'infection par le virus HPV.

L'augmentation importante, en particulier chez les femmes, de l'incidence et de la mortalité de certaines localisations notamment des

Graphique 1 • Incidence et mortalité par localisations de cancer chez les femmes en 2005*



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

Champ : France métropolitaine.

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

CHAMP • France métropolitaine, femmes tous âges.

SOURCES • Registres Francim, département de biostatistiques des Hospices civils de Lyon (HCL), InVS.

LIMITES ET BIAIS • Les chiffres de l'incidence et de la mortalité sont des estimations faites à partir des données des départements couverts par un registre du cancer et de la mortalité nationale.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • InVS.

RÉFÉRENCES •

- www.invs.sante.fr/surveillance/cancers/estimations_cancers/default.htm
- Belot A., Grosclaude P., Bossard N., Jouglia E., Benhamou E., Delafosse P., Guizard A.-V. *et al.*, 2008, « Cancer incidence and mortality in France over the period 1980-2005 », *Rev Epidemiol Sante Publique*, 56(3) : 159-75 – www.hal.inserm.fr/inserm-00338335/fr/.
- Bashir S., Estève J., 2001, « Analysing the difference due to risk and demographic factors for incidence or mortality », *Int J Epidemiol*, 29(5) : 878-84.

Tous cancers (suite)

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 (4,0 en 1980 à 8,2 pour 100 000 en 2005 en termes d'incidence) plaide pour des modifications liées à l'environnement justifiant le développement de recherches dans ce domaine.

Enfin, l'augmentation de l'incidence des cancers de la thyroïde (2,9 en 1980 à 12,7 pour 100 000 en 2005) est très fortement liée à l'évolution des pratiques médicales. En effet, les techniques diagnostiques non invasives telles que l'échographie et la cytoponction ainsi que l'examen histologique de l'ensemble de la glande thyroïde ont fortement augmenté, conduisant à découvrir de manière fortuite des petits cancers qui auraient pu échapper au diagnostic antérieurement. Cette augmentation est retrouvée dans la plupart des pays occidentaux. À l'inverse, la diminution de la mortalité

est expliquée par la baisse de l'incidence des cancers d'un type histologique particulier (anaplasique) dont le pronostic est très mauvais.

■ LA PLACE DES FACTEURS ENVIRONNEMENTAUX RESTE À PRÉCISER

Chez les femmes comme chez les hommes, le fait marquant de la tendance chronologique des 25 dernières années est la forte divergence entre l'évolution de l'incidence et celle de la mortalité avec une augmentation de l'incidence et une baisse de la mortalité. Celle-ci s'explique en particulier par l'évolution croisée des cancers les plus agressifs dont l'incidence chute ces dernières années, comme le cancer de l'estomac et les cancers de pronostic plus favorable, comme les cancers du sein (ou de l'oprotate chez l'homme). Ces résultats confirment qu'à côté des évolutions démographiques, les modifications

des pratiques médicales, et en particulier l'extension des dépistages, jouent un rôle dans la croissance du nombre de cas de cancers en France, dont une partie n'aurait jamais émergé cliniquement du vivant des personnes en l'absence de dépistage. Pour autant, l'évolution de la démographie et des pratiques médicales n'explique pas à elle seule l'augmentation constatée. L'hypothèse que les modifications de l'environnement et des habitudes de vie soient également responsables devrait conduire à poursuivre et initier de nouvelles recherches sur l'existence et la nature du lien causal, et la mesure de l'exposition des populations à des cancérigènes avérés ou probables. ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA FICHE • InVS

1. Les taux sont standardisés sur la population mondiale.

synthèse

Le nombre de nouveaux cas de cancer en 2005 en France a été estimé à près de 320 000 dont 136 000 chez les femmes. En 2005, les trois localisations les plus fréquentes chez les femmes sont le cancer du sein, le cancer colorectal et le cancer du poumon avec respectivement 50 000, 17 500 et 6 700 nouveaux cas. Chez les femmes, depuis 1980, le nombre de nouveaux cas de cancers qui s'élevait à près de 74 000 a progressé de 84% dont la moitié des cas supplémentaires sont des cancers du sein. La prise en compte des évolutions démographiques de la population française ces 25 dernières années montre que 22% sont dus à l'augmentation de la population, 16% dus au vieillissement de la population et 46% à l'évolution du risque avec l'âge. Le nombre de décès par cancer en 2005 a été estimé à 146 000, traduisant une augmentation de 13% depuis 1980. Cette augmentation du nombre de décès par cancer n'est liée qu'aux changements démographiques, le risque de mortalité par cancer ayant en fait diminué entre 1980 et 2005 en moyenne de -0,9% par an chez les femmes. La baisse est encore plus marquée ces cinq dernières années (-1,2%).

Ainsi, pour l'ensemble des cancers, les évolutions au cours du temps de l'incidence et de la mortalité sont divergentes avec une augmentation de l'incidence et une baisse de la mortalité. À côté des évolutions démographiques, les modifications des pratiques médicales et en particulier l'extension des dépistages, jouent un rôle certain dans l'augmentation du nombre de cas de cancers en France. Pour autant, on ne peut exclure que les modifications de l'environnement soient en partie responsables de cette augmentation. Enfin, l'augmentation du tabagisme féminin est responsable d'une augmentation inquiétante du nombre de cancers du poumon et des voies aérodigestives.

Tableau 1 • Incidence des cancers en 2005 et taux* annuel moyen d'évolution sur les périodes 1980-2005 et 2000-2005, chez les femmes

Rang	Localisation	Incidence en 2005		Taux annuel moyen d'évolution	
		Effectifs	Poids (%)	1980-2005	2000-2005
1	Sein	49814	40,0	+2,4	+2,1
2	Colon-rectum	17500	23,4	+0,3	+0,1
3	Poumon	6174	3,5	+5,1	+5,8
4	Corps de l'utérus	5774	3,1	-0,2	-0,1
5	Thyroïde	5073	2,8	+6,0	+6,1
6	Lymphome malin non hodgkinien	4701	2,7	+2,9	+0,4
7	Ovaire	4375	2,6	-0,4	-1,0
8	Mélanome de la peau	4098	2,5	+3,4	+0,5
9	Pancréas	3336	2,1	+3,8	+4,5
10	Col de l'utérus	3068	1,9	-2,9	-1,8
11	Lèvre bouche pharynx	2739	1,8	+1,6	+1,6
12	Rein	2581	1,7	+1,6	-1,4
13	Estomac	2389	1,6	-2,8	-2,5
14	Myélome multiple	2071	1,4	+1,8	+1,1
15	Système nerveux central	1865	1,3	+1,1	+0,6
16	Vessie	1720	1,2	-1,3	-1,6
17	Leucémies aiguës	1425	1,0	+0,9	+0,9
18	Leucémie lymphoïde chronique	1368	1,0	+1,2	+0,7
19	Foie	1329	1,0	+4,0	+3,6
20	Œsophage	988	0,7	+1,5	+1,4
21	Maladie de Hodgkin	757	0,6	+1,1	+3,3
22	Larynx	493	0,4	+2,1	+2,0
23	Plèvre	264	0,2	+3,1	+1,8
Tous cancers		135895	98,2	+1,4	+1,6

* Taux standardisés à la population mondiale.

Champ : France métropolitaine.

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

Tableau 2 • Mortalité des cancers en 2005 et taux* annuel moyen d'évolution sur les périodes 1980-2005 et 2000-2005, chez les femmes

Rang	Localisation	Mortalité en 2005		Taux annuel moyen d'évolution	
		Effectifs	Poids (%)	1980-2005	2000-2005
1	Sein	11201	18,9	-0,4	-1,3
2	Colon-rectum	7964	13,4	-1,3	-0,8
3	Poumon	5674	9,6	+3,5	+4,2
4	Pancréas	3780	6,4	+1,1	+0,9
5	Ovaire	3180	5,4	-0,7	-2,8
6	Foie	1985	3,3	-0,1	+2,0
7	Lymphome malin non hodgkinien	1961	3,3	+1,5	-3,0
8	Corps de l'utérus	1800	3,0	-0,5	-0,6
9	Estomac	1782	3,0	-4,0	-3,1
10	Myélome multiple	1396	2,4	+0,6	+0,5
11	Rein	1335	2,3	-0,3	-0,8
12	Système nerveux central	1331	2,2	+1,0	-0,9
13	Leucémies aiguës	1286	2,2	-0,7	-0,2
14	Vessie	1098	1,9	-1,0	-1,2
15	Col de l'utérus	1067	1,8	-4,0	-3,2
16	Œsophage	755	1,3	-0,2	+0,2
17	Lèvre bouche pharynx	736	1,2	0	-0,8
18	Mélanome de la peau	668	1,1	+1,3	-0,8
19	Leucémie lymphoïde chronique	471	0,8	0	-2,6
20	Plèvre	298	0,5	+0,3	-1,1
21	Thyroïde	256	0,4	-3,1	-3,9
22	Larynx	155	0,3	-1,7	-1,8
23	Maladie de Hodgkin	91	0,2	-4,4	-4,5
Tous cancers		59273	84,8	-0,9	-1,2

* Taux standardisés à la population mondiale.

Champ : France métropolitaine.

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

Cancer du col de l'utérus

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. Le dépistage du cancer du col permet la découverte et le traitement de nombreuses lésions précancéreuses. La réalisation d'un frottis cervico-utérin, recommandé tous les trois ans chez les femmes de 25 à 65 ans, a un retentissement direct sur la survenue du cancer. 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%. Suite à ce constat, la loi de santé publique s'est donné pour objectif de poursuivre la baisse de l'incidence de 2,5% par an, notamment par l'atteinte d'un taux de couverture du dépistage de 80% pour les femmes de 25 à 65 ans. La poursuite de cette baisse passe actuellement par le maintien, voire l'augmentation du taux de couverture du dépistage. Dans le futur, la vaccination contre les papillomavirus humains devrait également avoir un impact direct sur l'incidence du cancer du col de l'utérus et sur les modalités de dépistage.

■ CHAQUE ANNÉE DEPUIS 1980, LA DIMINUTION MOYENNE DU TAUX D'INCIDENCE EST DE 2,9% ET CELLE DU TAUX DE MORTALITÉ DE 4%

En France, le cancer du col de l'utérus est le dixième cancer chez la femme par sa fréquence, avec 3 068 cas estimés pour l'année 2005, et le neuvième lorsque l'on considère le taux d'incidence standardisé¹ qui est, pour l'année 2005, estimé à 7,1 pour 100 000 femmes. En 2000, le taux d'incidence standardisé était estimé à 7,8 pour 100 000 femmes.

Le taux d'incidence du cancer du col de l'utérus n'a cessé de diminuer entre 1980 et 2005 avec un taux annuel moyen de décroissance de 2,9%. Dans le même temps, le taux de mortalité a diminué en moyenne de 4% par an (1,9 pour 100 000 femmes en 2005). Toutefois, cette décroissance a tendance à se ralentir depuis 2000. Entre 2000 et 2005, la décroissance moyenne annuelle du taux d'incidence était de 1,8% et celle du taux de mortalité de 3,2%.

En Europe, la situation est hétérogène selon les pays. Le taux d'incidence des cancers invasifs du col utérin, estimé en 2004, varie selon les pays de 4,7 (en Finlande) à 18,6 (en Slovaquie) pour 100 000 femmes. La France est dans une position moyenne en termes d'incidence (onzième position) et de mortalité (neuvième position) parmi les 25 États membres de l'Union européenne (graphique 1).

■ LE RISQUE DE CANCER DU COL VARIE SELON L'ANNÉE DE NAISSANCE

L'incidence augmente avec l'âge jusqu'à 40 ans, puis diminue. Le risque de mortalité aug-

mente jusqu'à 50 ans pour également diminuer ensuite (graphique 2). Toutefois, le niveau de risque d'être atteinte d'un cancer du col de l'utérus a varié selon l'année de naissance de la femme. En effet, il diminue de 3,57% pour les femmes nées en 1910 à 0,85% pour celles nées en 1940, puis décroît plus lentement pour atteindre 0,57% pour les femmes nées en 1950. Le risque de décéder de ce cancer avant 74 ans diminue avec l'année de naissance pour les cohortes de 1910 (1,25%) à 1940 (0,22%) puis se stabilise à 0,2% (graphique 3).

■ EN 2005, LE DÉPISTAGE DU CANCER DU COL RESTE INSUFFISANT CHEZ LES FEMMES APRÈS 55 ANS

Pour la période 2004-2006, le volume de frottis remboursés par l'Assurance maladie correspondrait à un taux de couverture de dépistage de 89,4% si toutes les femmes de 25 à 65 ans effectuaient un frottis selon les recommandations en vigueur, tous les trois ans. Or ce n'est pas le cas puisque sur cette même période de trois ans (2004-2006) seulement 57% des femmes âgées entre 25 et 65 ans ont bénéficié du dépistage. Elles sont tout de même 65,7% chez les 35-44 ans à avoir réalisé un frottis. En revanche, moins de 50% des femmes de 55 ans ou plus ont eu recours au dépistage (graphique 4).

Sur les deux périodes de trois ans 1995-1997 et 1998-2000, les femmes de 20 à 69 ans étaient respectivement 51,5% et 53,6% à avoir bénéficié d'un dépistage par frottis. Sur ces deux périodes moins de 50% des femmes ont fait pratiquer un dépistage dès 50 ans.

■ L'ORGANISATION DU DÉPISTAGE EST ASSOCIÉE À DE MEILLEURS TAUX DE COUVERTURE

Une évaluation des programmes pilotes de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus (Bas-Rhin, Haut-Rhin, Isère et Martinique) a été réalisée par l'InVS sur leur activité des années 2003 à 2005. Les programmes semblent contribuer à une nette augmentation des taux de couverture du dépistage dans les départements métropolitains : il était de 71% dans le Bas-Rhin (femmes de 25 à 65 ans), de 68,5% dans le Haut-Rhin (femmes de 25 à 65 ans) et de 59,4% en Isère (femmes de 50 à 74 ans). Cette augmentation se poursuivait entre 50 et 65 ans dans les départements métropolitains – 62,7% dans le Bas-Rhin, 58,7% dans le Haut-Rhin et 66,4% en Isère² – contrairement à la Martinique où seules 39,2% des femmes de 50 à 65 ans avaient fait pratiquer un dépistage.

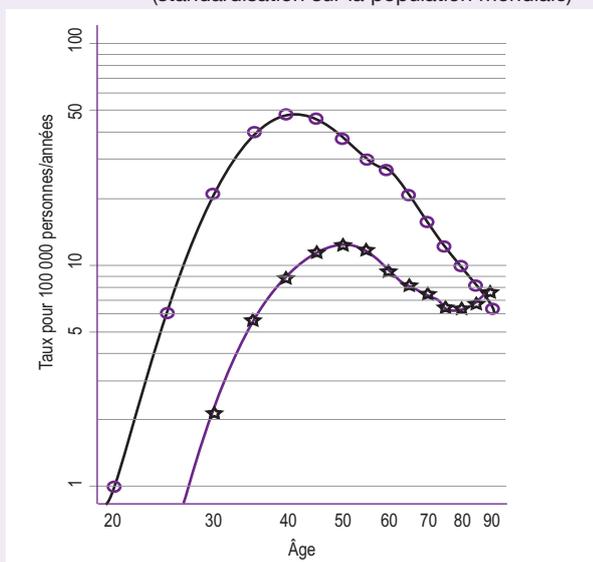
■ LA PRATIQUE DÉCLARÉE DU DÉPISTAGE VARIE SELON LE PROFIL SOCIO-DÉMOGRAPHIQUE

Parmi les femmes de 25 à 65 ans interrogées dans le baromètre Cancer 2005, 81% ont déclaré avoir eu un frottis cervico-utérin (FCU) aux cours des trois dernières années. La proportion de femmes de cette tranche d'âge déclarant ne jamais avoir eu un frottis est de 5,8% (graphique 5).

1. Les taux d'incidence et de mortalité sont standardisés sur la base de la population mondiale.

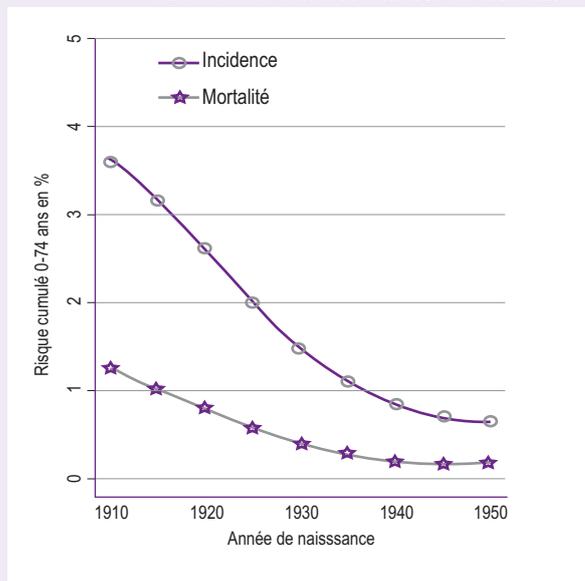
2. www.invs.sante.fr/publications/2007/cancer_col_uterus%20evaluation/col_uterus.pdf

Graphique 1 • Taux d'incidence et de mortalité par âge pour la cohorte née en 1930 (standardisation sur la population mondiale)



Champ : France métropolitaine, femmes tous âges.
Sources : Hospices civils de Lyon (HCL) – Francim – InVS.

Graphique 2 • Risque cumulé (0-74 ans) d'incidence et de décès selon la cohorte de naissance



Champ : France métropolitaine, femmes tous âges.
Sources : Hospices civils de Lyon (HCL) – Francim – InVS.

CHAMP • Europe, femmes tous âges.

SOURCES • Hospices civils de Lyon (HCL) – Francim – InVS.

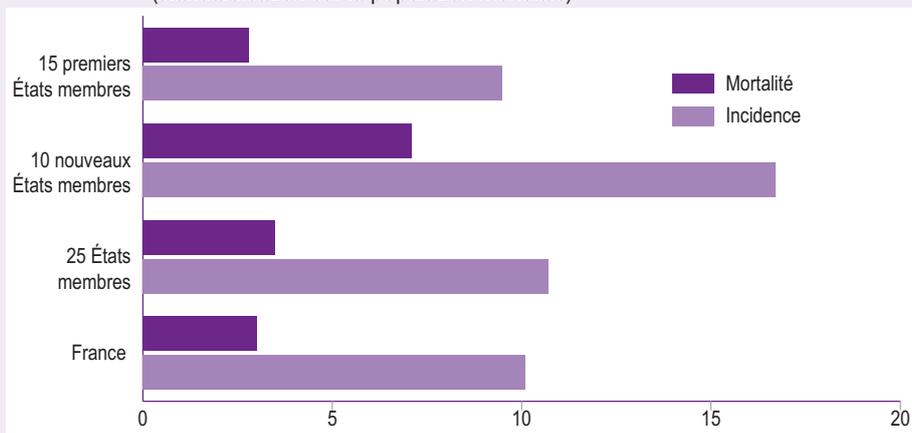
LIMITES ET BIAIS • Les chiffres annoncés de l'incidence et de la mortalité sont des estimations à partir des départements couverts par un registre du cancer.

RÉFÉRENCES •

– Guizard A.V., Trétarre B., 2008, « Col de l'utérus », in *Réseau français des registres de cancer Hospices civils de Lyon*, INSERM, InVS, eds. « 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.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • InVS.

Graphique 3 • Taux d'incidence et de mortalité du cancer du col de l'utérus (cancer invasif et micro-invasif) (standardisation sur la population mondiale)



Champ : Europe, femmes tous âges.
Sources : International agency for research on cancer (IARC).

CHAMP • Europe, femmes tous âges.

SOURCES • International agency for research on cancer (IARC).

LIMITES ET BIAIS • Les chiffres annoncés de l'incidence et de la mortalité sont des estimations à partir des données des registres dans chaque pays européen.

RÉFÉRENCES •

– Arbyn M., Raifu A.O., Autier P., Ferlay J., 2007, « Burden of cervical cancer in Europe: estimates for 2004 », *Ann Oncol* 18(10): 1708-15.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • InVS.

Cancer du col de l'utérus (suite)

Le recours déclaré au FCU au cours des trois dernières années varie avec l'âge : il dépasse 80 % entre 30 et 54 ans et est inférieur à 74 % dans les autres tranches d'âge.

Le baromètre Cancer de 2005 a mis en évidence des disparités dans la pratique du dépistage du cancer du col de l'utérus selon l'âge et la catégorie professionnelle. Les femmes en activité professionnelle âgées de moins de 60 ans déclarent avoir eu un FCU significativement plus souvent que les inactives (83,8 % contre 73,1 %). Celles dont le ménage a un revenu mensuel par unité de consommation supérieur à 1 500 euros déclarent effectuer plus souvent un FCU que les autres (85,8 % contre 79,2 %), de même que celles ayant un diplôme supérieur au baccalauréat (82,9 %

contre 78,3 %). Quant aux femmes sans assurance médicale complémentaire, elles déclarent moins fréquemment avoir pratiqué un FCU dans les trois ans (56,1 % contre 81,5 %). Il est à noter que les disparités sociales dans la pratique du FCU semblent moins marquées pour les femmes de plus de 50 ans. Les premiers résultats de l'enquête Santé et protection sociale de 2006 présentent des chiffres comparables et montrent un gradient très net de la pratique du frottis cervico-utérin au cours des trois dernières années selon le niveau d'études, de 43 % chez les femmes jamais scolarisées à 83 % chez les femmes diplômées de l'enseignement supérieur. ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA FICHE • InVS

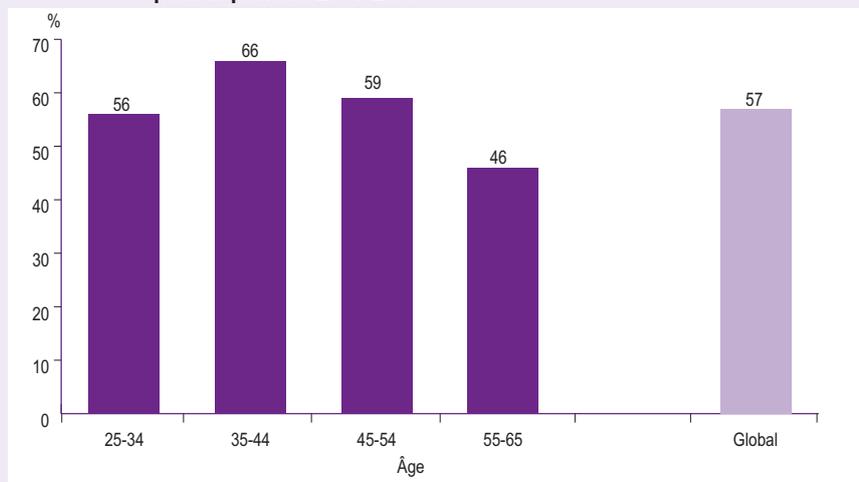
synthèse

L'incidence du cancer du col de l'utérus et la mortalité associée ne cessent de chuter depuis 25 ans. En France, pour l'année 2005, ce cancer est le dixième chez la femme pour le nombre de cas incidents avec près de 3 070 cas estimés (7,1 cas pour 100 000 femmes) – le pic d'incidence est à 40 ans – et le quinzième pour le nombre de décès avec près de 1 070 décès estimés – le pic de mortalité est à 50 ans. Parallèlement, le risque cumulé de développer un cancer du col de l'utérus au cours de la vie a considérablement diminué avec l'année de naissance.

Une meilleure couverture du dépistage par frottis cervico-utérin (FCU) pourrait cependant permettre de diminuer encore l'incidence et la mortalité. En effet, on constate des disparités dans la pratique du dépistage selon l'âge et la catégorie socioprofessionnelle des femmes. Pour la période de trois ans 2004-2006, 57 % des femmes de 25 à 65 ans se sont fait dépister. Ce taux chute après 55 ans (inférieur à 50 %).

Dans le futur, la vaccination contre les papillomavirus humains devrait également avoir un impact direct sur l'incidence du cancer du col de l'utérus voir sur les modalités de dépistage.

Graphique 4 • Taux de couverture de dépistage des femmes de 25 à 65 ans pour la période 2004-2006



Champ : France métropolitaine, femmes âgées de 25 à 65 ans assurées sociales à la CNAMTS et appartenant à l'échantillon permanent inter-régime des bénéficiaires (EPIB) : échantillon représentatif de la population assurée sociale.
Sources : CNAMTS.

CHAMP • France métropolitaine, femmes âgées de 25 à 65 ans assurées sociales à la CNAMTS et appartenant à l'échantillon permanent inter-régime des bénéficiaires (EPIB) : échantillon représentatif de la population assurée sociale.

SOURCES • CNAMTS.

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • Il a été construit à partir de la liquidation des codes P55 et bio 0013. Le dénominateur est le nombre de femmes de la tranche d'âge assurées sociales à la CNAMTS. L'EPIB donne les actes par personne de sorte que, si on retient au moins un frottis pour trois ans par femme, on est certain de parler de couverture de dépistage, un frottis de contrôle faisant toujours suite à un frottis de dépistage. Il est cependant impossible de distinguer dans la base les deux types d'actes par leur cotation.

LIMITES ET BIAIS • Absence de visibilité des autres régimes d'assurance maladie et notamment la MSA. Cette limite devrait s'estomper lorsque l'EPIB-AM qui, à partir de 2006, succède à l'Epas puis à l'EPIB, aura intégré les deux autres principaux régimes d'assurance maladie ; absence de visibilité du milieu hospitalier et des régimes spéciaux mutualistes ; absence totale de représentativité de l'activité hospitalière (en budget global).

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • InVS.

Graphique 5 • Pourcentage de déclaration de réalisation d'un frottis cervico-utérin au cours des trois dernières années



Champ : France métropolitaine, femmes âgées de 25 à 65 ans.
Sources : INPES : baromètre Cancer 2005, enquête par entretiens téléphoniques.

CHAMP • France métropolitaine, femmes âgées de 25 à 65 ans.

SOURCES • Baromètre Cancer 2005, INPES. Enquête par entretiens téléphoniques.

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • Il a été construit à partir des déclarations des personnes interrogées. Les données du baromètre Cancer 2005 ont été pondérées sur les variables suivantes : sexe, âge, taille d'agglomération et régions.

LIMITES ET BIAIS • Les DOM ne sont pas représentés ; la population d'étude est la population résidant en domicile ordinaire, excluant de ce fait les personnes résidant en institution ; les biais d'interprétation sont ceux des enquêtes déclaratives : oublis, erreur d'appréciation de l'ancienneté du frottis...

RÉFÉRENCES •

– Duport N., Bloch J., 2006, « Cancer du col de l'utérus », in Guilbert P., Peretti-Watel P., Beck F., Gautier A., *Baromètre Cancer 2005*, Saint-Denis, INPES, 128-36.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • InVS.

Cancer du sein

Le pronostic du cancer du sein chez les femmes de 50 à 74 ans¹ est d'autant plus favorable que la maladie est détectée à un stade précoce.

Un dépistage par mammographie est recommandé tous les deux ans. L'objectif de la loi de santé publique de 2004 prévoit de réduire le pourcentage de cancers diagnostiqués à un stade avancé parmi les cancers dépistés, notamment par l'atteinte d'un taux de couverture du dépistage de 80 % pour les femmes de 50 à 74 ans.

Le programme national de dépistage organisé du cancer du sein, initié en 1994, est généralisé à l'ensemble du territoire depuis mars 2004. Il s'adresse à toutes les femmes de 50 à 74 ans. Les données relatives au dépistage organisé sont disponibles annuellement. En effet, l'Institut de veille sanitaire (InVS), chargé de l'évaluation épidémiologique des programmes de dépistage organisé, recueille et analyse les données fournies par les structures de gestion départementales et produit un rapport d'activité annuel². Le taux de couverture du dépistage correspond à la proportion de femmes ayant réalisé une mammographie de dépistage, soit dans le cadre du programme national, soit en dehors du programme (dépistage individuel). Les données relatives au seul dépistage individuel (dit aussi spontané) ne sont pas disponibles. Les informations concernant l'ensemble du dépistage (organisé et individuel) sont ainsi des estimations issues d'enquêtes ou de bases médico-administratives.

■ EN EUROPE, LA FRANCE A UN TAUX D'INCIDENCE DU CANCER DU SEIN ÉLEVÉ

En 2005, 11 308 femmes sont décédées d'un cancer du sein, ce qui fait de cette maladie la première cause de mortalité par cancer chez les femmes. Près de 50 000 nouveaux cas de cancers invasifs du sein sont estimés pour l'année 2005. Ils représentent 36,7 % de l'ensemble des nouveaux cas de cancers chez la femme (F rancim, HCL, InVS). Le taux d'incidence augmente avec l'âge, jusqu'à un pic aux alentours de 65 ans (graphique 1).

L'incidence du cancer du sein croît régulièrement depuis 1980, de +2,4 % en moyenne par an. À l'inverse, le taux de mortalité décroît depuis les années 1998-2000, - 1,3 % en moyenne chaque année. Il est difficile de quantifier la part due à l'évolution des facteurs de risque environnementaux ou comportementaux. Les données d'incidence sur la période récente (2004 et suivantes) ne sont pas encore disponibles et ne permettent pas de confirmer l'hypothèse d'une baisse d'incidence attribuable à la baisse du recours au traitement hormonal substitutif après la ménopause formulée à partir des données de consommation de ces traitements et du taux d'inscription en ALD en 2005-2006³.

■ EN 2005, LE PROGRAMME DE DÉPISTAGE ORGANISÉ EST EFFECTIF SUR L'ENSEMBLE DU TERRITOIRE

Le taux de détection de cancer et les pourcentages de cancers de bon pronostic, c'est-à-dire les cancers *in situ*⁴, les cancers invasifs de

moins de 10 mm et les cancers invasifs sans envahissement ganglionnaire sont des indicateurs d'efficacité du programme de dépistage organisé du cancer du sein depuis 2004. Le nombre de femmes dépistées est ainsi passé de 848 445 en 2003 à 1 608 397 en 2004. En 2005, la mise en place du programme de dépistage organisé était effective sur l'ensemble des départements français, départements d'outre-mer compris. Au total, 1 863 286 femmes ont réalisé une mammographie.

Le taux de détection des cancers est resté stable, égal à 6,7 cancers pour 1 000 femmes dépistées en 2005. Parmi ceux-ci, 13,8 % étaient des cancers *in situ* et parmi les cancers invasifs 37 % étaient de taille inférieure à 10 mm et 71,4 % n'avaient pas d'atteinte ganglionnaire. Ces pourcentages, cohérents avec les seuils définis au niveau européen pour les objectifs du dépistage, sont comparables à ceux enregistrés en 2003 et 2004 (tableau 1).

■ LE TAUX DE PARTICIPATION AU PROGRAMME DE DÉPISTAGE ORGANISÉ EST EN AUGMENTATION RÉGULIÈRE

Le taux de participation au programme de dépistage organisé est calculé tous les ans. En 2007, ce taux s'élevait à 50,7 %, soit plus de 2 182 000 femmes dépistées au cours de l'année en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer. Il conforte et prolonge les tendances à l'augmentation observées depuis l'année 2004 : 40 % en 2004, 45 %

en 2005 et 49 % en 2006. Pour la période 2006-2007, ce sont plus de 4 millions de femmes qui ont été dépistées, soit un taux de participation de 49,9 %.

Selon les données de remboursement de l'Assurance maladie issues de l'échantillon permanent des bénéficiaires (EPIB), 57,2 % des femmes de 50 à 74 ans avaient eu au moins une mammographie au cours des deux années 2005 et 2006, contre 49,8 % en 2004 et 2005. Concernant les femmes bénéficiaires du régime social des indépendants (RSI), ce taux était de 59 % en 2005-2006.

Ces données de remboursement sont difficiles à interpréter en tant que mesure du taux de couverture par les dépistages. En effet, elles incluent, en plus du dépistage organisé et du dépistage individuel, des mammographies de diagnostic et de suivi pour pathologie bénigne. Par ailleurs, les données de remboursement ne comportent pas les actes réalisés dans les hôpitaux publics ou dans les hôpitaux privés participant au service public hospitalier, alors que le dénominateur comprend toutes les femmes affiliées. On note toutefois une augmentation de ce taux dans toutes les classes d'âge entre les deux périodes 2004-2005 et 2005-2006 (graphique 2).

■ LES CATÉGORIES SOCIALES LES MOINS FAVORISÉES ONT UN TAUX DE COUVERTURE PLUS FAIBLE

Le taux de couverture par la mammographie est estimé dans les grandes enquêtes nationales déclaratives sur la santé (encadré).

Les résultats des grandes enquêtes déclaratives en population montrent que le taux de couverture pour une mammographie au cours de la vie est très élevé, de 88 % en 2000 pour les femmes de 50 à 74 ans [*Baromètre Santé 2000*], à 96 % en 2005 pour les femmes de la même tranche d'âge [*Baromètre Cancer 2005*].

La proportion des femmes déclarant avoir effectué une mammographie au cours des

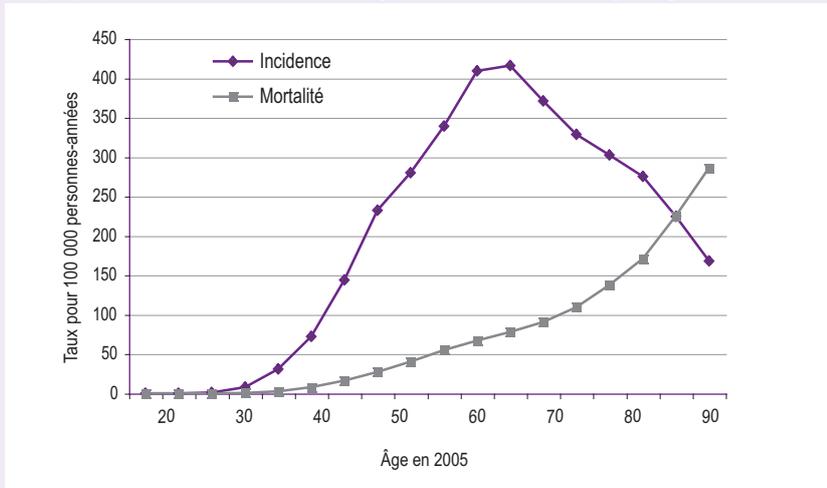
1. Recommandations ANAES, 1999 (www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/mamo.pdf).

2. www.invs.sante.fr/surveillance/index.htm

3. Allemand H., Seradour B., Weill A. et Ricordeau P., 2008, « Baisse de l'incidence des cancers du sein en 2005 et 2006 en France : un phénomène paradoxal », *Bull Cancer*, 95 (1) : 11-5.

4. Le cancer passe par un stade précoce, ou carcinome *in situ*, où les cellules cancéreuses n'ont pas diffusé dans l'organe et sont confinées par la membrane basale.

Graphique 1 • Incidence et mortalité pour le cancer du sein par âge en 2005



Champ : France métropolitaine, femmes tous âges.
Sources : Hospices civils de Lyon (HCL) – Francim – InVS.

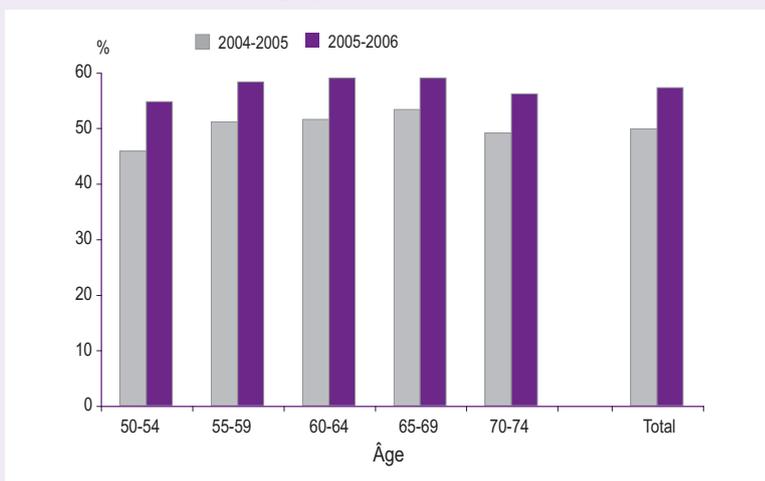
CHAMP • France métropolitaine, femmes tous âges.
SOURCES • Hospices civils de Lyon (HCL) – Francim – InVS
LIMITES ET BIAIS • Les chiffres annoncés de l'incidence et de la mortalité sont des estimations à partir des départements couverts par un registre du cancer.
RÉFÉRENCES •
 – Réseau français des registres 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).
ORGANISME RESPONSABLE DE LA CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • InVS.

Tableau 1 • Principaux résultats du programme de dépistage organisé du cancer du sein

	Année du dépistage nouveau cahier des charges			Recommandations européennes 2006
	2003	2004	2005	
Nombre de femmes dépistées	831 445	1 608 397	1 863 286	
Nombre de cancers dépistés	5767	10640	12413	
Taux de cancers pour 1 000 femmes dépistées	6,9	6,7	6,7	≥ 5,0
Nombre de cancers canaux in situ	785	1431	1714	
Cancers canaux in situ parmi les cancers dépistés (en %)	13,6	13,4	13,8	≥ 10,0
Nombre de cancers invasifs	4557	8297	9356	
Cancers invasifs ≤ 10 mm parmi les cancers invasifs de taille connue (en %)	37,0	36,9	37,0	≥ 25,0
Cancers invasifs N* parmi les cancers invasifs ayant une exploration ganglionnaire connue (en %)	74,7	72,1	71,4	≥ 70,0
Cancers invasifs ≤ 10 mm N* parmi les cancers invasifs ayant une exploration ganglionnaire connue (en %)	31,5	30,6	30,4	ND

*Sans envahissement ganglionnaire.
Champ : France entière, femmes âgées de 50 à 74 ans assurées sociales.
Sources : Données des structures départementales de gestion du dépistage organisé du cancer du sein ; exploitation InVS.

Graphique 2 • Part des femmes de 50 à 74 ans ayant eu au moins une mammographie sur deux ans



Champ : Femmes âgées de 50 à 74 ans assurées sociales à la CNAMTS.
Sources : EPIB (CNAMTS).

CHAMP • Femmes âgées de 50 à 74 ans assurées sociales à la CNAMTS
SOURCES • Échantillon permanent des bénéficiaires (EPIB) (CNAMTS)
MÉTHODOLOGIE • Pour cet indicateur, on a pris en compte l'âge des patientes au 31 décembre 2006. Le nombre de mammographies est rapporté au nombre de femmes présentées dans le fichier de la CNAMTS au 1^{er} janvier de l'année suivante. Les actes cotés sont : ZM41 ou QEQK001 ou QEQK004.
LIMITE ET PRÉCISION DE L'INDICATEUR • L'EPIB, échantillon de bénéficiaires (au 1/97e), est une extraction des bases nationales des individus de chaque régime et de leurs consommations de soins stockées dans le SNIR-AM (système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie). L'échantillon comporte des données individuelles de consommation de soins, des caractéristiques individuelles et d'état de santé. Ces données sont mises à jour de manière régulière. Cet échantillon a été constitué afin d'assurer le suivi de la consommation de soins et des taux de recours aux soins (Arrêté du 20 juin 2005 relatif à la mise en œuvre du SNIR-AM). L'échantillon ne couvre actuellement que le régime général hors sections locales mutualistes, mais il a vocation à couvrir tous les régimes de sécurité sociale.
ORGANISME RESPONSABLE DE LA CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • Assurance maladie.

Cancer du sein (suite)

deux années précédant l'enquête est globalement de l'ordre de 80 % pour les femmes de 50-74 ans interrogées en 2006. Elle passe de 79% pour la classe d'âge 50-54 ans à 64 % pour celle de 70-74 ans. Ce taux décroît avec l'âge, mais de façon moins marquée depuis 2005 à près la généralisation du dépistage organisé (graphique 3).

Selon le baromètre Cancer 2005, des disparités socio-économiques existent mais les écarts s'amenuisent. Les femmes ayant un niveau d'éducation inférieur au bac déclarent pour 68,5% « avoir effectué une mammographie de moins de deux ans » contre environ 80% des femmes avec un niveau d'étude supérieur. De même les femmes ayant des revenus faibles déclarent pour 62 % « avoir pratiqué une mammographie récente » contre 76% de celles ayant des revenus annuels d'au moins 15 000 euros. Les femmes qui n'ont pas de couverture maladie complémentaire sont

seulement 48,4 % (tableau 2). En 2006, l'enquête Santé protection sociale de l'IRDES retrouve toujours un gradient selon la catégorie professionnelle des femmes : 76 % des femmes cadres réalisent une mammographie contre seulement 58 % des ouvrières non qualifiées (graphique 4). Selon l'étude FADO-sein, ce sont essentiellement les variables d'accès aux soins et de pratique d'autres dépistages qui apparaissent liées à la réalisation de l'acte (« avoir un gynécologue », « avoir effectué un frottis », « avoir un traitement hormonal substitutif »). Les deux facteurs incitatifs principaux de cette mammographie sont le médecin d'une part (40 %), puis le courrier d'invitation au dépistage organisé du cancer du sein (39 %). Dans trois quarts des cas, la mammographie s'inscrit dans le cadre d'un « suivi régulier ». ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA FICHE • INVS

synthèse

En Europe, la France est un pays à fort taux d'incidence du cancer du sein. Avec près de 50 000 nouveaux cas de cancers invasifs estimés pour l'année 2005, le cancer du sein représente 36,7 % de l'ensemble des nouveaux cas de cancers chez les femmes. En 2005, 11 308 femmes sont décédées d'un cancer du sein.

L'incidence du cancer du sein croît régulièrement depuis 1980 de +2,4 % en moyenne par an. À l'inverse, le taux de mortalité décroît doucement depuis les années 1998-2000 de -1,3 % en moyenne chaque année. Une éventuelle diminution de l'incidence observée dans les années 2005-2006 grâce aux données de l'Assurance maladie et attribuée à la réduction du recours au traitement hormonal de synthèse devra être confirmée.

La généralisation du programme de dépistage du cancer du sein a été effective début 2004. Les pourcentages de cancer de bon pronostic sont satisfaisants au regard des standards européens. Le taux de participation au programme de dépistage organisé est en augmentation régulière. En 2007, le taux calculé sur l'ensemble des départements français atteint 50,7 %.

En 2005, la proportion de femmes de 50 à 74 ans déclarant avoir effectué une mammographie au cours de leur vie (dépistage organisé, individuel ou pour pathologie) est très élevée (96 %). Elle est plus faible pour les mammographies récentes (moins de deux ans) mais en augmentation entre 2000 et 2006 et les écarts entre les classes d'âge s'atténuent. L'augmentation la plus forte est observée pour les femmes de 70 à 74 ans, qui n'étaient pas invitées par le programme organisé en 2000.

Les classes sociales les moins favorisées ont un taux de couverture plus faible mais les disparités socio-économiques semblent se réduire progressivement. Cependant les femmes n'ayant pas de couverture santé complémentaire ont un taux de couverture de dépistage faible.

La qualité de vie des femmes atteintes de cancer du sein

La qualité de vie est affectée par la maladie et ses traitements avant 50 ans alors que les variables sociodémographiques semblent plus déterminantes après 65 ans.

Pour la première fois en France, l'enquête nationale sur les conditions de vie des personnes atteintes d'une maladie longue ou chronique réalisée par la DREES en 2004-2005 a permis d'évaluer la qualité de vie d'ensemble des personnes atteintes de cancer, en utilisant le questionnaire du SF36.

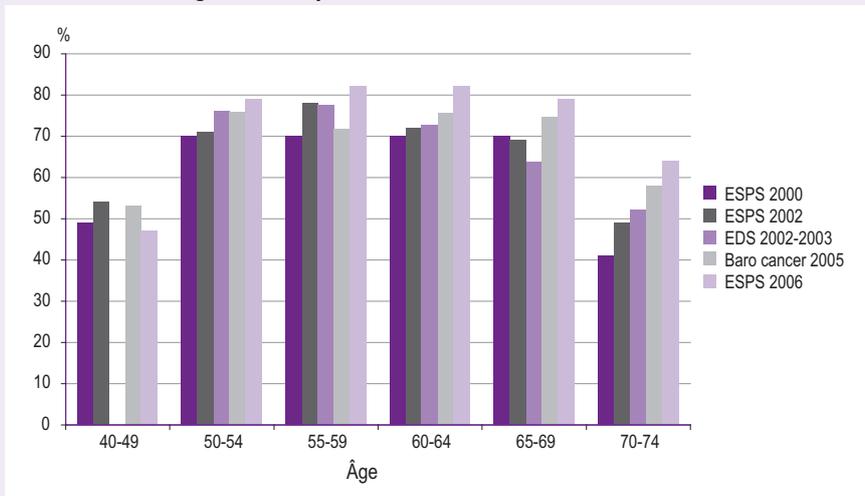
Les femmes atteintes de cancer du sein décrivent moins souvent une qualité de vie physique altérée que les personnes atteintes de cancers colorectaux ou de cancers de la prostate.

Globalement pour les femmes atteintes d'un cancer du sein, si le sentiment d'avoir une bonne qualité de vie physique diminue avec l'âge, celui d'avoir une bonne qualité de vie mentale se renforce. La qualité de vie mentale s'améliore également avec le niveau d'études. Quel que soit l'âge, le fait d'être gêné par les séquelles de la maladie et des traitements affecte la qualité de vie mentale et physique. Le revenu n'apparaît lié à la qualité de vie physique que chez les femmes de plus de 50 ans. Concernant les facteurs cliniques chez les femmes âgées de 51 à 65 ans, les traitements n'ont d'impact que sur la qualité de vie mentale. Chez les femmes de 50 ans ou moins, ce sont surtout la maladie et ses traitements qui affectent la qualité de vie : celle-ci apparaît liée au caractère évolutif de la maladie, aux séquelles et, pour la qualité de vie physique, à l'induction de la ménopause par les traitements. Inversement, à partir de 65 ans, la qualité de vie des femmes semble davantage déterminée par des variables sociodémographiques (âge, revenus, niveau d'études, soutien affectif) que par des variables dépendantes du système de soins, mis à part le ressenti des séquelles.

– Le Corroller -Soriano A.-G., Bouhnik A.-D., Auquier P., Moatti J.-P., « La qualité de vie des femmes atteintes de cancer du sein : une analyse par classe d'âge », in Le Corroller-Soriano A.-G., Malavolti L., Mermilliod C., 2008.

– « La vie deux ans après le diagnostic de cancer », DREES-INVS, La Documentation française, 218-227.

Graphique 3 • Femmes déclarant avoir effectué une mammographie au cours des deux années précédant l'enquête par âge : résultats des grandes enquêtes nationales



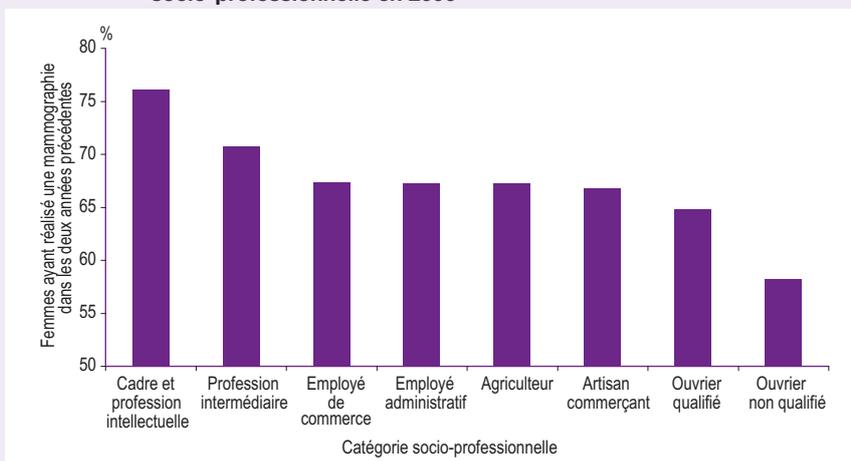
Champ : Femmes de 40 à 74 ans vivant en ménage ordinaire en France métropolitaine.
Sources : ESPS (IRDES), enquête décennale santé (INSEE-DREES), baromètre Cancer (INPES).

Tableau 2 • Femmes ayant effectué une mammographie au cours des deux années précédant l'enquête par catégorie socio-économique

Diplôme le plus élevé (%)	Revenus mensuels net du ménage par unité de consommation (%)	Mutuelle de santé complémentaire (%)
Inférieur au bac	Moins de 900 euros	Oui 72,60
Niveau bac	900 à moins de 1 500 euros	Non 48,40
Supérieur au bac	Au moins 1 500 euros	76,30

Champ : Femmes de 40 à 74 ans vivant en ménage ordinaire en France métropolitaine.
Sources : Baromètre Cancer 2005, INPES.

Graphique 4 • Femmes ayant effectué une mammographie au cours des deux années précédant l'enquête, par catégorie socio-professionnelle en 2006



Champ : Femmes de 40 à 74 ans vivant en ménage ordinaire en France métropolitaine.
Sources : ESPS 2006, IRDES.

CHAMP • France métropolitaine, femmes de 40 à 74 ans vivant en ménages ordinaires dont un membre au moins est âgé de plus de 15 ans et est assuré de l'un des trois régimes de sécurité sociale (CNAMTS, MSA, RSJ) (l'enquête est représentative de 95 % des ménages ordinaires vivant en France métropolitaine).

SOURCES • L'enquête ESPS est réalisée à partir de trois échantillons représentatifs des principales caisses de sécurité sociale.

MÉTHODOLOGIE • Cette enquête était annuelle de 1988 à 1997. Elle a lieu tous les deux ans depuis 1998.

LIMITE ET PRÉCISION DE L'INDICATEUR • Il existe une surestimation des taux liée à la mesure de la période de deux ans couvrant les deux années calendaires précédant l'année de l'enquête.

RÉFÉRENCES •

– Dupont Nicolas A., Ancelle-Park Rosemary A., 2006, « Do sociodémographic factors influence mammography use of French women: analysis of a cross sectional survey », *Eur. J. Cancer Prev.*, 15: 219-224.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • IRDES.

CHAMP • France métropolitaine, femmes âgées de 50 à 74 ans vivant en ménage ordinaire.

SOURCES • INSEE: enquête décennale Santé 2002-2003. Enquête par entretiens en face à face.

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • L'indicateur a été construit à partir des déclarations des personnes interrogées. Les données de l'enquête 2002-2003 ont été pondérées sur les variables suivantes: sexe, âge, niveau de diplôme, taille du ménage, Zeat.

LIMITE ET BIAIS • Les DOM ne sont pas représentés. La population d'étude est la population résidant en domicile ordinaire, excluant de ce fait les personnes résidant en institution. Les principaux biais sont ceux des enquêtes déclaratives: oublis, erreur d'appréciation de l'ancienneté de la mammographie, réponses conformes à la réponse supposée attendue.

RÉFÉRENCES •

– Makdessi-Raynaud Y., 2005, « La prévention: perception et comportements - premiers résultats de l'enquête sur la Santé et les soins médicaux », *Études et Résultats*, DREES, n° 385, mars.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • DREES.

CHAMP • France métropolitaine, femmes de 40 à 74 ans vivant en ménages ordinaires.

SOURCES • INPES: baromètre Cancer 2005. Enquête par entretiens téléphoniques.

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • L'indicateur a été construit à partir des déclarations des personnes interrogées. Les données du baromètre Cancer 2005 ont été pondérées sur les variables suivantes: sexe, âge, taille d'agglomération et régions.

LIMITE ET BIAIS • Les DOM ne sont pas représentés. La population d'étude est la population résidant en domicile ordinaire, excluant de ce fait les personnes résidant en institution. Les principaux biais sont ceux des enquêtes déclaratives sur le cancer: oublis, surdéclaration en lien avec la thématique cancer, erreur d'appréciation de l'ancienneté de l'examen.

RÉFÉRENCES •

– 2006, *Baromètre Cancer 2005*, INPES, novembre.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • INPES.

Mélanome de la peau

Le mélanome de la peau est la plus grave des tumeurs malignes cutanées, car sa capacité à métastaser met en jeu le pronostic vital. C'est la raison pour laquelle la loi de santé publique s'est donné comme objectif d'améliorer les conditions de détection précoce du mélanome. Chaque année depuis 1998, une campagne nationale d'information est organisée avant l'été par le ministère chargé de la santé, et actuellement par l'Institut national du cancer (InCa). Parallèlement, chaque année depuis 1998, les dermatologues libéraux organisent en mai une journée de dépistage gratuit (journée nationale de prévention et de dépistage anonyme et gratuit des cancers de la peau).

■ L'ACCROISSEMENT DE L'INCIDENCE S'EST NETTEMENT RALENTI DEPUIS 2000

En 2005, par sa fréquence, le mélanome de la peau est, en France, le seizième cancer chez la femme avec 4 098 cas estimés et le dixième cancer chez l'homme avec 3 033 cas estimés. Le taux d'incidence du mélanome de la peau n'a cessé d'augmenter entre 1980 et 2005 avec un taux annuel moyen de croissance de 3,4% chez les femmes et de 4,7% chez les hommes. Dans le même temps, le taux de mortalité a augmenté en moyenne de 1,3% chez les femmes et de 2,3% chez les hommes. L'évolution dissociée entre incidence croissante et mortalité modérée témoigne de la part grandissante des formes de mélanomes à extension superficielle accessibles à la détection précoce avant une dissémination.

Toutefois, l'accroissement de l'incidence a tendance à ralentir depuis 2000 aussi bien pour les femmes que pour les hommes. Entre 2000 et 2005, la croissance moyenne annuelle du taux d'incidence était de 0,5% chez les femmes et de 0,8% chez les hommes. Au cours de la même période, le taux de mortalité a diminué chez les femmes (-0,8% par an en moyenne) et est resté assez stable chez les hommes (+0,3% par an en moyenne).

Avant l'âge de 60 ans, ce cancer est plus fréquent chez les femmes. Cette tendance s'inverse ensuite pour les âges plus avancés. L'incidence augmente rapidement avec l'âge jusque vers 75-80 ans (graphique 1). Le niveau de risque d'être atteint d'un mélanome de la peau avant 74 ans varie selon l'année de naissance : il augmente respectivement pour les hommes et les femmes nés en 1910 de 0,15% et 0,10% à 0,60% et 0,65% pour la génération de 1940 (graphique 2).

En Europe, la situation est hétérogène selon les pays avec un gradient décroissant nord-

sud. Ce gradient est lié principalement aux différents phototypes cutanés et à la prédisposition génétique. Le taux d'incidence¹ estimé en 2004 varie de 13,4 (au Danemark) à 2 (au Portugal) mélanomes pour 100 000 femmes et de 14,3 (en Norvège) à 1,4 (au Portugal) mélanomes pour 100 000 hommes selon les pays. La France est dans une position moyenne en termes d'incidence avec 8,8 mélanomes pour 100 000 femmes et 7,6 mélanomes pour 100 000 hommes, estimés pour l'année 2005.

■ UNE PROPORTION DE MÉLANOMES DÉPISTÉS À UN STADE PRÉCOCE (INDICE DE BRESLOW) EN AUGMENTATION

L'indice de Breslow correspond à l'épaisseur de la tumeur mesurée sur la pièce d'exérèse de la couche granuleuse de l'épiderme (immédiatement sous la couche cornée) à la partie profonde du derme. La mesure de cet indice est recommandée lors de l'enregistrement d'un cas de mélanome dans les registres du cancer. Toutefois, il n'est pas systématiquement renseigné. En 2008, l'InVS a impulsé une étude auprès des registres du cancer volontaires pour recueillir de manière rétrospective l'indice de Breslow, la morphologie et la topographie des mélanomes de la peau enregistrés.

En 2000, le registre du cancer du Haut-Rhin a analysé l'incidence du mélanome selon quatre périodes triennales en fonction du genre et de la valeur de l'indice de Breslow (tableau 1). L'incidence des mélanomes d'épaisseur ≤ 1 mm a doublé chez les hommes (2,6 pour 100 000 entre 1988 et 1990 et 5,3 pour 100 000 entre 1997 et 1999) et augmenté de plus de 50% chez les femmes (4 pour 100 000 en 1988-1990 et 6,5 en 1997-1999). Parallèlement, l'incidence des mélanomes d'épaisseur > 1 mm est restée stable entre 1988 et 1999. Parmi les mélanomes

d'épaisseur $< 1,5$ mm, un mélanome sur six était *in situ* (les cellules malignes sont confinées à l'épiderme).

Un observatoire des mélanomes en Auvergne en 2000 a montré que sur 197 mélanomes enregistrés, 37% avaient un indice de Breslow $< 0,75$ mm. ●

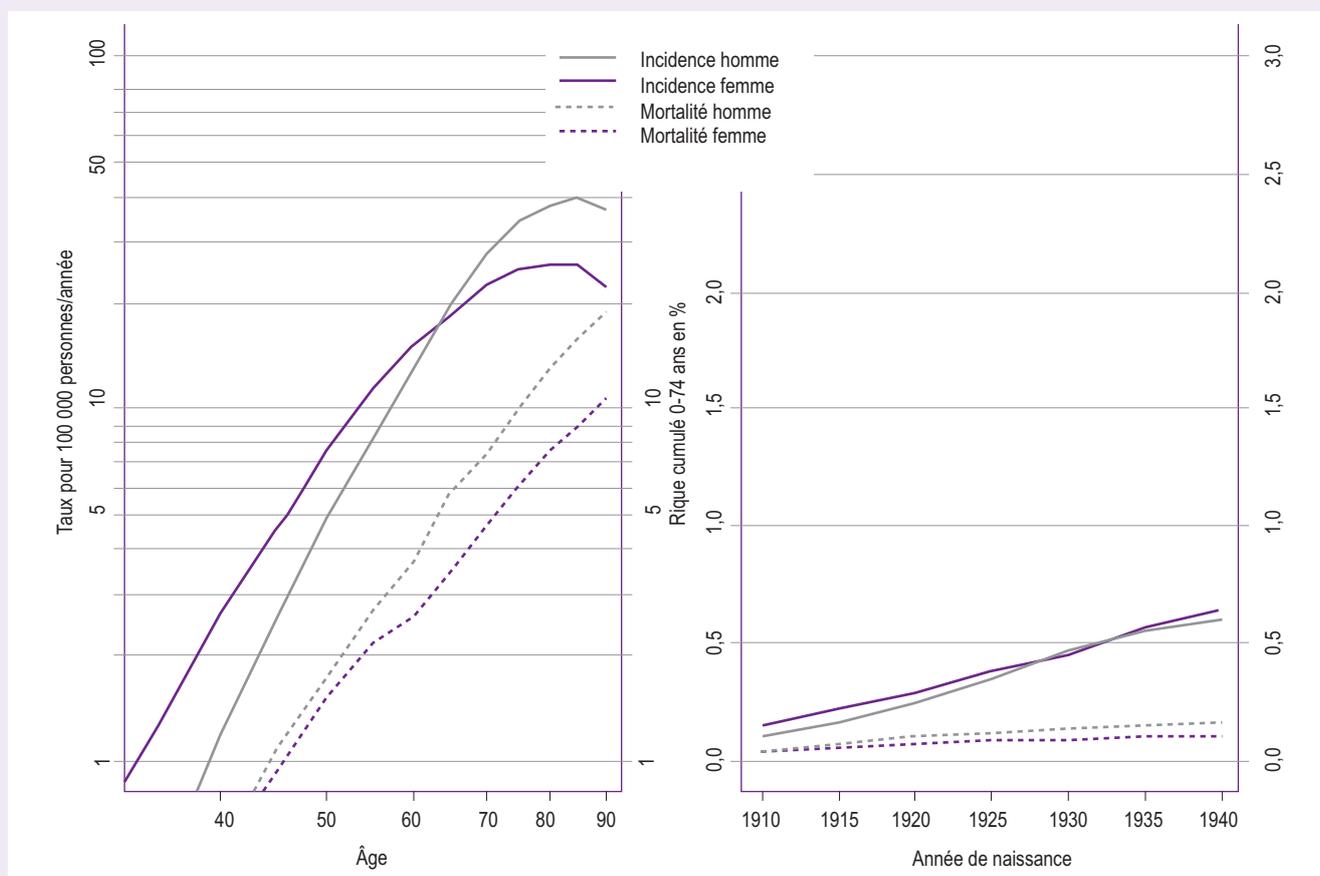
ORGANISME RESPONSABLE DE LA FICHE • InVS

1. Les taux d'incidence et de mortalité sont standardisés sur la base de la population mondiale.

synthèse

La France est un pays où l'incidence du mélanome est moyenne par rapport aux autres pays européens mais elle n'a cessé de croître (8,8 cas pour 100 000 femmes et 7,6 cas pour 100 000 hommes en 2005). Néanmoins ce sont majoritairement les mélanomes de faible épaisseur (Breslow ≤ 1 mm) qui ont augmenté ces dix dernières années, les mélanomes de pronostic plus sombre étant, eux, restés stables. De plus, la tendance des cinq dernières années a été la stabilisation de l'incidence et de la mortalité et même un recul du taux de la mortalité chez les femmes. Avant 60 ans, le mélanome est plus fréquent chez les femmes.

Graphique 1 • Taux spécifiques par âge d'incidence et de mortalité pour la cohorte née en 1930



Champ : France métropolitaine, femmes tous âges.
Sources : Hospices civils de Lyon (HCL) – Francim – InVS.

CHAMP • France métropolitaine, femmes tous âges.

SOURCES • Hospices civils de Lyon (HCL) – Francim – InVS.

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 •

– Danzon A., Guizard A.-V., Binder-Foucard F., 2008, Mélanome de la peau. In : *Réseau français des registres de cancer*, Hospices civils de Lyon, INSERM, InVS, eds. « 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.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • InVS.

Tableau 1 • Incidence du mélanome selon quatre périodes triennales en fonction du sexe et de la valeur de l'indice de Breslow (registre du Haut-Rhin 2000)

Indice de Breslow	Sexe	Incidence* (période triennale)			
		1988-1990	1991-1993	1994-1996	1997-1999
	Hommes	2,6	3,1	3,8	5,3
	Femmes	4,0	3,5	4,0	6,5
	Hommes	1,7	1,8	1,8	1,9
	Femmes	1,4	1,5	1,7	2,5
	Hommes	1,1	0,8	1,1	0,8
	Femmes	1,0	0,8	1,2	0,8
	Hommes	0,6	0,4	0,8	0,7
	Femmes	0,4	0,3	0,6	0,5

* Incidence pour 100 000 habitants, standardisé sur la population mondiale.

Champ : Population du département du Haut-Rhin.

Sources : Registre du cancer du Haut-Rhin.

CHAMP • Haut-Rhin, population du département tous âges adultes.

SOURCES • Registre du cancer du Haut-Rhin.

MODE DE CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • L'indicateur a été construit à partir des mélanomes enregistrés dans le registre du cancer du Haut-Rhin.

LIMITES ET BIAIS • Données sur un seul département non extrapolable à la France entière.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • InVS.

Cancer colorectal

En Europe, l'incidence du cancer colorectal varie peu entre les différents pays, mais elle est en France l'une des plus élevées pour les femmes comme pour les hommes. 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 un taux de survie qui est l'un des meilleurs d'Europe pour cette localisation¹. La détection précoce de la maladie constitue le moyen le plus efficace d'augmenter la survie. Il a été démontré que le dépistage par la détection de sang occulte dans les selles permet de réduire la mortalité par cancer colorectal. En France, le programme pilote de dépistage du cancer colorectal mis en place au niveau départemental repose sur le test Hémocult®, qui est à ce jour le seul test évalué largement en population générale. Il est proposé, tous les deux ans, chez les personnes âgées de 50 à 74 ans qui n'ont pas de risque particulier pour ce cancer. Une coloscopie doit être pratiquée en cas de test positif. En 2005, le ministre de la Santé a décidé d'étendre le programme à l'ensemble du territoire et en 2008, 88 départements sont opérationnels ou prêts à démarrer ce programme. Environ 15 millions de personnes seront invitées à se faire dépister. Une participation supérieure à 50 % de la population à ce programme de dépistage organisé pourrait permettre de diminuer la mortalité par cancer colorectal.

■ LE CANCER COLORECTAL EST LA DEUXIÈME CAUSE DE CANCER CHEZ LES FEMMES

Le cancer colorectal constitue la deuxième localisation cancéreuse la plus fréquente chez les femmes (après le sein). En 2005, cela représente 17 500 nouveaux cas chez les femmes sur un total de 37 413 nouveaux cas estimés (femmes et hommes). L'incidence standardisée sur la population européenne est de 36,5 pour 100 000 chez les femmes (56,6 pour 100 000 chez les hommes). Entre 1980 et 2005, le taux d'incidence standardisé sur la population mondiale a globalement augmenté de +0,3 % par an chez les femmes (+0,5 % chez les hommes), mais ce chiffre masque des évolutions différentielles. En effet, l'incidence a augmenté jusqu'en 2000 pour les femmes et les hommes pour ensuite se stabiliser et même diminuer chez les hommes (graphique 1). Chez les femmes, le risque de développer un cancer colorectal a peu varié entre les cohortes de naissance 1910 et 1930, alors qu'il a augmenté entre les cohortes de naissance 1910 et 1930, puis a diminué chez l'homme.

Chez les femmes, 7 964 décès ont été dénombrés en 2005. En 25 ans, le taux de mortalité (standardisé sur la population mondiale) a diminué de façon plus importante pour les femmes (-1,3 % par an) que pour les hommes (-1,1 % par an). La diminution de la mortalité en fonction de la cohorte de naissance était régulière pour les femmes et les hommes (-36 % entre la cohorte 1910 et la cohorte 1950.

■ L'ÉVALUATION DU PROGRAMME PILOTE DE DÉPISTAGE MONTRE QUE LE TAUX DE PARTICIPATION DES FEMMES EST DE 47 %

Pour obtenir une réduction de la mortalité par cancer colorectal, il est nécessaire que le taux de participation de la population atteigne 50 %. Un dépistage organisé par test Hémocult® a été mis en place dans 23 départements pilotes entre 2002 et 2004. Une évaluation épidémiologique de ces programmes a été réalisée par l'InVS. Le taux de participation à ces premières campagnes s'élève à 43 % en moyenne et atteint 47 % chez les femmes. Plus de 830 000 femmes ont été dépistées, parmi lesquelles 1 200 étaient atteintes d'un cancer colorectal et 4 200 avaient un ou plusieurs adénomes qui ont été retirés.

■ CHEZ LES FEMMES, LA RÉALISATION DE L'HÉMOCCULT® EST LIÉE À L'EXPÉRIENCE D'AUTRES PRATIQUES DE DÉPISTAGE

Parmi les femmes et les hommes de 50 à 74 ans interrogés dans le baromètre Cancer 2005 (INPES), 33 % ont déclaré avoir réalisé un test de dépistage de sang occulte dans les selles aux cours de leur vie : 29 % chez les femmes et 37 % chez les hommes. Le pourcentage de personnes qui ont eu un test, une coloscopie ou les deux examens augmente avec l'âge. La part des femmes ayant déclaré avoir pratiqué un test est plus élevée (39 %) parmi celles qui sont âgées de

60 à 64 ans. Après 65 ans, ce pourcentage diminue progressivement et atteint 29 % chez les femmes de 70-74 ans.

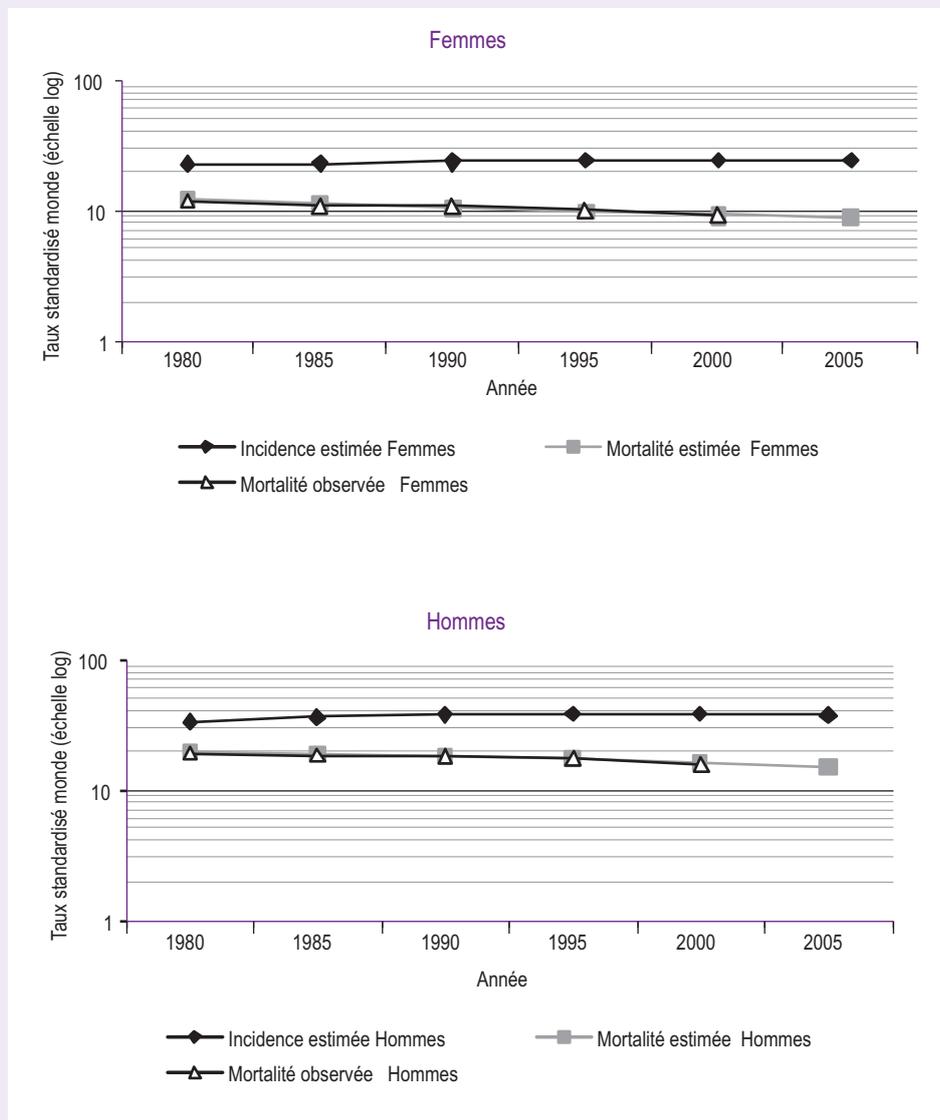
Le fait d'être marié ou de vivre en couple et le niveau de revenu socio-économique élevé est lié à une réalisation plus fréquente du test. Cette étude souligne le rôle fondamental du médecin, car un lien entre pratique du test et vaccination contre la grippe est identifié et s'explique peut-être par le contact médical que la vaccination entraîne [Goulard, 2006].

D'après l'enquête décennale Santé de l'INSEE, réalisée en 2002-2003 en ménage ordinaire, 9 % des femmes et 11 % des hommes déclaraient avoir effectué un test de dépistage de sang occulte dans les selles dans les deux ans précédant l'enquête. Les femmes âgées de plus de 54 ans, ayant réalisé une mammographie dans les deux ans et résidant dans un département où le dépistage organisé était en place avaient plus fréquemment réalisé un test. Chez les femmes, c'est l'expérience des pratiques de dépistage (mammographie) qui était déterminante [Serra, 2008]. ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA FICHE • InVS

1. Réseau FRANCIM, HCL, en collaboration avec la Ligue nationale contre le cancer : Sur vie des patients atteints de cancer en France. Étude des registres du réseau FRANCIM, Springer, 2007.

Graphique 1 • Évolution des taux* d'incidence estimés et de mortalité pour les femmes et les hommes, entre 1980 et 2005



* Standardisés monde pour 100 000 personnes année.

Champ : France métropolitaine, femmes tous âges.

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

CHAMP • France métro litaine, femmes tous âges.

SOURCES • Belot A., Grosclaude P., Bossard N., Jouglu E., Benhamou E., Delafosse P. *et al.*, 2008, « Cancer incidence and mortality in France over the period 1980-2005 », *Rev Epidemiol Santé Publ.*, 56(3) : 159-75.

LIMITES ET BIAIS • chiffres annoncés de l'incidence sont des estimations à partir des départements couverts par un registre du cancer.

RÉFÉRENCES •
 – Goulard H., 2006, « Le dépistage du cancer colorectal », *Baromètre Cancer 2005*, INPES.
 – Serra D., Goulard H., Dupont N., Bloch J., 2008, « Pratique du test de détection de sang occulte dans les selles (Hémocult®) dans la population française, enquête décennale Santé INSEE, France 2002-2003 », *Bull Epidemiol Hebd.*, 1 : 1-4.
 – www.invs.sante.fr/surveillance/cancers/estimations_cancers/donnees_localisation/colon/colon.pdf.

synthèse

L'incidence du cancer colorectal est l'une des plus élevées d'Europe pour les femmes comme pour les hommes. Le dépistage par la détection de sang occulte dans les selles permet de réduire la mortalité par cancer colorectal. En France, le programme pilote de dépistage mis en place au niveau départemental va être généralisé à l'ensemble du territoire. En 2008, 88 départements sont opérationnels et prêts à démarrer le programme. Environ 15 millions d'hommes et de femmes seront invités à se faire dépister quand tout le territoire sera couvert.

Une participation de la population supérieure à 50 % au programme français de dépistage organisé pourrait permettre de diminuer la mortalité par cancer colorectal. Cet objectif pourrait être facilité chez les femmes du fait d'un contact plus fréquent avec le système de soins, notamment dans le cadre de pratiques de dépistage telles que la réalisation de mammographie et la vaccination antigrippale.

Conditions de vie deux ans après le diagnostic de cancer

L'enquête nationale sur les conditions de vie des personnes atteintes d'une maladie longue et chronique réalisée en 2004 par la DREES, assistée de l'INSERM, auprès de personnes ayant eu une inscription en ALD pour cancer en 2002 apporte des informations sur leur vécu de la maladie et leur perception des relations avec le système de soins au cours des deux premières années de la maladie. Elle fournit aussi des précisions sur leur qualité de vie (voir fiche 50 « Cancer du sein ») ainsi que sur les conséquences de la maladie sur leur vie professionnelle et privée. Observant la situation avant la mise en œuvre du plan Cancer 2003-2007, elle constitue une information de référence pour une évaluation des effets de ce plan.

■ EN 2002, 28,8 % DES FEMMES JUGEAIENT L'ANNONCE DU DIAGNOSTIC TROP BRUTALE

Parmi l'ensemble des personnes interrogées en 2004, 20 % indiquent que le diagnostic n'a pas été annoncé en face-à-face par un médecin. De plus, un patient sur quatre déclare avoir ressenti cette annonce comme « trop brutale ». Toutes choses étant égales par ailleurs, le sentiment de brutalité de cette annonce n'est pas influencé par les caractéristiques cliniques de la maladie. Les femmes ont plus souvent ressenti l'annonce de leur diagnostic de manière trop brutale (28,8 % contre 20,2 % des hommes), ainsi que les malades les plus jeunes, ceux dont le niveau d'études est inférieur au baccalauréat et les agriculteurs et ouvriers. Le sentiment de brutalité est aussi lié au fait que le diagnostic n'a pas été annoncé en face à face.

■ DEUX ANS APRÈS LE DIAGNOSTIC, 5,6 % DES FEMMES SONT INSATISFAITES DU SUIVI MÉDICAL

La quasi-totalité des répondants (98 %) bénéficient toujours d'un suivi médical deux ans après leur diagnostic. La majorité d'entre eux consulte deux fois par an (40 %) ou tous les trois mois (32 %). Près d'une personne sur six consulte cependant tous les mois et 12 % ne déclarent qu'une consultation par an. Sur l'ensemble des personnes interrogées, 71 % s'estiment tout à fait satisfaites de leur suivi et 24 % plutôt satisfaites. Seules 4,5 % disent ne pas l'être vraiment et 1,1 % pas du tout. La proportion d'insatisfaits est plus importante chez ceux qui déclarent ne pas être suivis : 24 % contre 5,2 % chez ceux qui le sont. Les femmes sont moins satisfaites de leur suivi que les hommes. De même, les personnes les plus jeunes, les diplômés et les actifs sont moins satisfaites de leur suivi. Les cadres supérieurs et les professions intellectuelles se montrent plus satisfaites

que les autres catégories socioprofessionnelles. Ces effets persistent indépendamment des autres facteurs. La satisfaction des personnes vis-à-vis de leur surveillance post-thérapeutique n'apparaît pas liée à la localisation du cancer, à l'évolution de la maladie ou aux traitements administrés. On observe cependant que plus l'indice de pronostic relatif¹ est favorable, moins les patients se déclarent satisfaits de leur suivi, et que cet effet perdure indépendamment des autres facteurs pris en compte.

■ LE NIVEAU DE PARTICIPATION AUX CHOIX DES TRAITEMENTS EST CONFORME AUX ATTENTES DE DEUX TIERS DES PATIENTS

La moitié des personnes interrogées (55 %) estiment avoir participé à la décision thérapeutique les concernant et les deux tiers de celles-ci (69 %) se sont déclarées satisfaites du niveau auquel elles ont été impliquées (tableau 1). Parmi le tiers des personnes n'ayant pas été impliquées au niveau attendu, 78 % auraient souhaité l'être davantage. La proportion de patients satisfaits est plus importante parmi ceux qui ont participé à la décision thérapeutique que chez ceux qui n'y ont pas participé (42 % sur les 55 % qui ont participé contre 27 % sur les 45 % qui n'ont pas participé). Les femmes sont plus nombreuses dans le groupe des personnes non impliquées et satisfaites et dans celui des non impliquées et qui auraient préféré l'être plus que dans le groupe relevant de la situation optimale : les impliqués et satisfaits.

■ 30 % DES FEMMES DEVENUES INFERTILES DÉCLARENT NE PAS AVOIR ÉTÉ INFORMÉES DE CES RISQUES

Certains traitements anticancéreux peuvent diminuer la fertilité des personnes traitées. Un tiers des personnes² atteintes de cancer, inter-

rogées deux ans après le diagnostic, se déclarent infertiles et expliquent cette infertilité par leur traitement. Parmi elles, 30 % des femmes et 13 % des hommes indiquent ne pas avoir été informés de ce risque avant le début du traitement. Les personnes les plus âgées semblent moins souvent au courant de ces risques. Le manque d'information est aussi associé, chez les femmes, à un traitement sans hormonothérapie et, chez les hommes, à un cancer autre que celui de la prostate et à une faible participation aux choix thérapeutiques. Les patients non informés se montrent aussi moins satisfaits de l'information médicale reçue au cours du traitement et recourent (ou souhaitent recourir) davantage à un soutien psychologique.

■ LES FEMMES ONT PLUS SOUVENT RECOURS À UN SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE OU LE SOUHAITENT

Au moment du diagnostic, 11 % des personnes interrogées ont déclaré avoir reçu un soutien psychologique par un professionnel et 18 % auraient souhaité en recevoir un (tableau 2). Les personnes qui ont eu recours à un soutien psychologique et celles qui auraient souhaité y avoir recours étaient plus fréquemment des femmes, des personnes âgées de moins de 70 ans, ainsi que des patients déclarant une annonce brutale du diagnostic. Les personnes atteintes d'un cancer des voies aérodigestives supérieures (VADS) ou du poumon et celles ayant une hémopathie maligne, ainsi que les personnes ayant un diplôme supérieur au baccalauréat ont, quant à elles, plus souvent reçu un soutien psychologique.

Deux ans après le diagnostic, 5,6 % des personnes interrogées bénéficient d'un soutien psychologique et 9,3 % souhaiteraient en bénéficier. Celles qui recourent à un soutien psychologique ou bien qui souhaiteraient en bénéficier sont plus souvent les personnes les plus insatisfaites vis-à-vis des informations reçues durant le traitement, celles qui ont augmenté leur consommation de psychotropes et celles qui ont fait l'objet de rejet ou de discrimination du fait

1. Cet indice correspond au taux de survie à 5 ans compte tenu du stade et de la localisation du cancer au moment du diagnostic, déflaté de la mortalité pour d'autres causes observée dans une population de même âge et de même sexe.

2. Étude sur le sous-échantillon de femmes de moins de 45 ans et d'hommes de moins de 71 ans.

Tableau 1 • Répartition des patients en fonction du degré d'implication dans les choix des traitements et de la satisfaction vis-à-vis de cette implication En %

		Aurait souhaité être impliqué dans les choix des traitements...		
		...plus	...autant	...moins
A été associé au choix de ses traitements	Beaucoup ou un peu	9,6	42,0	6,6
	Pas du tout	14,3	27,4	

Champ : Voir encadré.

Sources : Enquête nationale sur les conditions de vie des personnes atteintes d'une maladie longue ou chronique réalisée de novembre 2004 à janvier 2005 par la DREES.

Tableau 2 • Recours et besoin de recours psychologique au moment du diagnostic et deux ans après le diagnostic En %

		Au moment du diagnostic			Total
		A eu recours à un soutien psychologique	N'a pas eu recours à un soutien psychologique mais l'aurait souhaité	N'a pas eu recours à un soutien psychologique et ne l'aurait pas souhaité	
Deux ans après le diagnostic	A eu recours à un soutien psychologique	3,1	1,2	1,2	5,6
	N'a pas eu recours à un soutien psychologique mais l'aurait souhaité	0,9	6,7	1,7	9,3
	N'a pas eu recours à un soutien psychologique et ne l'aurait pas souhaité	6,8	10,0	68,4	85,1
	Total	10,8	17,9	71,3	100,0

Note : Les différences trouvées lorsque qu'on somme des lignes ou des colonnes provient des arrondis.

Champ : Voir encadré.

Sources : Enquête nationale sur les conditions de vie des personnes atteintes d'une maladie longue ou chronique réalisée de novembre 2004 à janvier 2005 par la DREES.

CHAMP • Survivants ayant bénéficié entre le 1^{er} septembre et le 31 octobre 2002 d'une ALD pour « tumeur maligne ou affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique » (codes CIM 10 compris entre C00 et C97), adultes au moment de cette prise en charge et ressortissants du régime général ou du régime agricole ou de celui des indépendants, vivant en ménage ordinaire.

SOURCES • Enquête nationale sur les conditions de vie des personnes atteintes d'une maladie longue ou chronique réalisée de novembre 2004 à janvier 2005 par la DREES.

LIMITES ET BIAIS • La population étudiée est nettement plus âgée que la population générale, compte tenu de l'incidence différenciée du cancer selon ce critère. Les femmes représentent 52,5 % de la population étudiée, soit la même proportion que dans la population générale de plus de 20 ans en ménage ordinaire. Il s'agit de survivants, cette population n'est pas comparable avec l'ensemble de la population atteinte de cancer : on observe une sous-représentation des personnes les plus malades [Grosclaude *et al.*, « Comparaison avec les données épidémiologiques », *in* Le Coroller-Soriano].

RÉFÉRENCES •

– Le Coroller -Soriano A.-G., Malavolti L., Mermilliod C. (dir.), 2008, « La vie deux ans après le diagnostic de cancer », DREES-INSERM, *Études et statistiques*, Paris, Documentation française.

ORGANISME RESPONSABLE • DREES.

Tableau 3 • Profils de personnes au regard de leur satisfaction vis-à-vis de la prise en charge médicale et des informations reçues tout au long des traitements En %

Variables intervenant dans la classification	Personnes «très satisfaites»	Personnes «plutôt satisfaites»	Personnes «insatisfaites»
Diriez-vous que l'équipe médicale a tenu compte des séquelles de votre maladie et de ses traitements ?		*	*
Oui, tout à fait	56,5	46,3	20,2
Oui, mais pas suffisamment	2,8	10,8	25,0
Non, pas vraiment/pas du tout	2,4	8,4	21,0
Pas de séquelles ou n'en a pas parlé à l'équipe médicale	38,3	34,4	33,7
Au cours de vos traitements, estimez-vous avoir reçu de la part des médecins et de l'équipe soignante une information suffisante sur votre maladie et ses traitements ?		*	*
Tout à fait suffisante	71,5	38,1	12,7
Plutôt suffisante	25,7	46,2	29,5
Plutôt/très insuffisante	2,8	15,7	57,8
Actuellement, est-ce qu'il vous est facile d'obtenir de l'information de la part de l'équipe soignante sur votre maladie ?		*	*
Très facile	100,0	1,0	6,8
Plutôt facile	0,0	74,3	23,1
Plutôt/très difficile	0,0	24,7	70,1
Actuellement, est-vous satisfait(e) de la manière dont vous êtes suivi(e) pour votre maladie ?		*	*
Oui, tout à fait	93,2	65,1	0,0
Oui, plutôt	6,8	34,9	0,0
Non, pas vraiment/pas du tout	0,0	0,0	100,0
Ensemble	32,6	61,5	5,9

* Test significatif avec $p < 0,001$ lorsque qu'on compare les personnes du groupe concerné à celles du groupe des satisfaites

Lecture : 32,6 % des personnes appartiennent au groupe des personnes qualifiées de « très satisfaites ». 46,3 % des personnes « plutôt satisfaites » déclarent que l'équipe médicale a tout à fait tenu compte des séquelles de leur maladie.

Champ : Voir encadré.

Sources : Enquête nationale sur les conditions de vie des personnes atteintes d'une maladie longue ou chronique réalisée de novembre 2004 à janvier 2005 par la DREES.

Conditions de vie deux ans après le diagnostic de cancer (suite)

de la maladie. Les personnes qui reçoivent le soutien psychologique d'un professionnel sont plus fréquemment des femmes, des personnes ayant un haut niveau d'études, des personnes actives, des personnes dont la maladie est évolutive au moment de l'enquête et des personnes ayant des contacts avec des associations de malades. Les personnes qui souhaiteraient recevoir un soutien psychologique au moment de l'enquête et n'en ont pas se caractérisent par un âge plus jeune (moins de 55 ans), l'absence d'un partenaire, le traitement par radiothérapie et des séquelles très gênantes.

■ LES FEMMES SONT GLOBALEMENT MOINS SATISFAITES DE LEUR PRISE EN CHARGE MÉDICALE

Si l'on s'intéresse à la satisfaction globale des malades vis-à-vis de la prise en charge médicale (suivi post-thérapeutique et prise en compte des séquelles par l'équipe médicale) et des informations reçues tout au long des traitements, trois profils d'individus se détachent : les personnes très satisfaites (33 %), les personnes plutôt satisfaites (62 % et les personnes insatisfaites (6 %) (tableau 3). Les femmes s'avèrent moins satisfaites que les hommes, puisqu'elles représentent 47 % des individus très satisfaits (contre 53 % pour les hommes), 54 % des individus plutôt satisfaits (46 % pour les hommes) et 65 % des patients insatisfaits dans leur relation avec l'équipe soignante (36 % pour les hommes).

■ DES DIFFÉRENCES ENTRE HOMMES ET FEMMES DANS L'IMPACT DES VARIABLES SOCIOPROFESSIONNELLES SUR LA SORTIE DE L'EMPLOI

Deux ans après le diagnostic, huit personnes – actives occupées de 57 ans ou moins à la date du diagnostic – sur dix (80,7 % des hommes, 81,2 % des femmes) sont toujours en emploi (tableau 4) mais 14 % sont en arrêt maladie depuis la date du diagnostic (16 % des hommes, 13 % des femmes) ; 6 % sont au chômage, 3 % à la retraite (5 % des hommes, 3 % des femmes) et 10 % sont des inactifs autres que retraités (9 % des hommes, 10 % des femmes).

L'avancée en âge réduit globalement la probabilité de sortie d'emploi³ (de 7 % pour chaque année supplémentaire pour les hommes et de 8 % pour les femmes). Cependant, l'accumulation de l'expérience

professionnelle contribue au maintien dans l'emploi jusqu'à un certain âge, au-delà duquel l'employabilité des actifs plus âgés est remise en cause, soit par les employeurs, soit par les perspectives de retrait volontaire d'activité qui se font alors plus perceptibles.

Le niveau d'études n'a pas d'effet statistique significatif sur la situation des femmes alors qu'il en a pour les hommes. Le niveau de revenu disponible par personne au sein du ménage au moment du diagnostic a également des effets différenciés en fonction du sexe de la personne atteinte de cancer. Il réduit significativement la probabilité de sortie d'emploi des hommes, mais pas celle des femmes.

La nature du contrat de travail a également des effets contrastés. Le statut de fonctionnaire, comparativement à la détention d'un contrat à durée indéterminée (CDI), réduit la probabilité de sortie de l'emploi (de 18 % chez les hommes et de 7 % chez les femmes). Pour ces dernières et toujours en comparaison à un CDI, la détention d'un contrat plus précaire (contrat à durée déterminée, emploi aidé) augmente de 20 % cette même probabilité, mais pas pour les hommes.

La localisation du cancer et le traitement anticancéreux administré ont également des effets différenciés. Le traitement reçu n'altère pas la probabilité de sortie de l'emploi pour les hommes, alors que, pour les femmes, la combinaison thérapeutique chirurgie-chimiothérapie-radiothérapie semble, par rapport aux autres combinaisons possibles, et toutes choses égales par ailleurs, avoir un effet négatif sur la capacité à se maintenir en emploi : elle accroît la probabilité de sortie de 7 %.

Les séquelles dues à la maladie ou à son traitement ont aussi un effet inégal chez les hommes et chez les femmes. Quand elles sont assez gênantes, elles majorent la probabilité de retrait de l'emploi de 11 % chez les hommes, alors que quand elles sont très gênantes, elles n'ont pas cet effet, un congé maladie prenant probablement plus souvent le relais. Chez les femmes, ce sont les séquelles jugées très gênantes qui augmentent de 11 % la probabilité de sortie de l'emploi, les séquelles considérées assez gênantes n'ayant pas d'effet significatif. 47 % des hommes et 36 % des femmes toujours en arrêt maladie deux ans après le diagnostic déclarent des séquelles très gênantes.

Enfin toutes choses égales par ailleurs, le sentiment de pénalisation par l'employeur à cause de la maladie est associé à une augmentation de la probabilité de la sortie d'emploi d'environ 11 % chez les hommes comme chez les femmes.

■ UNE REPRISE RAPIDE DU TRAVAIL CHEZ LES HOMMES ET PROGRESSIVE CHEZ LES FEMMES

Le processus de reprise effective du travail après une période de congé maladie – souvent nécessaire pendant les traitements – apparaît nettement différent selon le sexe. Les femmes reprennent leur activité progressivement tout au long des dix-huit premiers mois suivant le diagnostic, en fonction de caractéristiques relevant à la fois de l'emploi, de la maladie (pronostic, séquelles) et de ses traitements. Les hommes reprennent beaucoup plus rapidement leur activité dans les six premiers mois. Seules les caractéristiques de la maladie et ses traitements semblent freiner leur reprise. Dans la mesure où les cancers des femmes ne sont pas plus invalidants que ceux des hommes, les différences entre les hommes et les femmes s'expliqueraient donc plutôt par des contraintes sociales qui peuvent aussi bien être économiques qu'issues des représentations sociales classiques du rôle sexué du chef de famille, pourvoyeur de revenus (graphique 1).

■ UNE RELATION DE COUPLE QUI SE RENFORCE POUR QUATRE FEMMES SUR DIX

Près de 80 % des personnes interrogées vivaient en couple au moment du diagnostic ; 76 % vivent toujours avec la même personne deux ans plus tard (graphique 2). Parmi elles, 37 % déclarent que le cancer a renforcé leur relation de couple (41,5 % chez les femmes), 7,7 % qu'il l'a détériorée et 55 % qu'il n'a pas eu de conséquences. Le renforcement de la relation de couple apparaît déterminé par des facteurs personnels, médicaux ou relatifs à la prise en charge de la maladie distincts selon le genre. Les hommes les plus jeunes, appartenant à une profession intermédiaire ou employés, ayant fait l'objet d'attitudes de rejet

3. Étude réalisée sur le sous-échantillon des actifs occupés de 57 ans et moins en 2002 qui n'ont pas été en congé maladie pendant deux ans.

Tableau 4 • Situation professionnelle des personnes atteintes d'un cancer en 2002 et 2004 En %

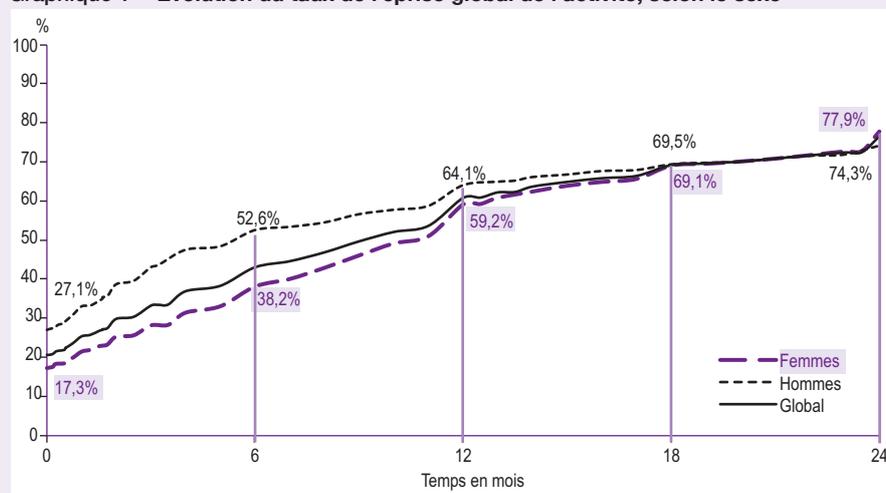
Situation professionnelle en 2002	Situation professionnelle en 2004					Total
	En emploi		Au chômage	À la retraite	Autres inactifs	
Ensemble	Total	<i>dont en arrêt maladie pendant deux ans</i>				
En emploi	81,1	14,1	5,9	3,4	9,6	100
Au chômage	17,5	0,0	54,6	5,8	22,1	100
À la retraite	0,0	0,0	2,1	91,9	6,0	100
Autres inactifs	3,2	0,0	2,0	2,5	92,3	100
Total	68,4	11,7	8,1	6,0	17,5	100
Situation professionnelle en 2002	En emploi					
Hommes	Total	<i>dont en arrêt maladie pendant deux ans</i>				
En emploi	80,7	15,6	5,7	4,7	8,9	100
Au chômage	18,3	0,0	49,3	7,9	24,5	100
À la retraite	0,0	0,0	0,0	90,2	9,8	100
Autres inactifs	6,5	0,0	7,0	0,0	86,5	100
Total	73,0	13,9	7,4	8,0	11,6	100
Situation professionnelle en 2002	En emploi					
Femmes	Total	<i>dont en arrêt maladie pendant deux ans</i>				
En emploi	81,2	13,3	6,1	2,7	10,0	100
Au chômage	17,2	0,0	56,4	5,0	21,4	100
À la retraite	0,0	0,0	3,8	93,1	3,1	100
Autres inactifs	2,8	0,0	1,5	2,8	92,9	100
Total	66,1	10,6	8,5	5,1	20,3	100

Lecture : 81,1 % des personnes étudiées qui étaient en emploi en 2002 l'étaient encore en 2004 et 13 % de personnes étudiées ont été en arrêt maladie pendant deux ans.

Champ : Personnes âgées de 57 ans ou moins au moment du diagnostic de cancer en 2002.

Sources : Enquête nationale sur les conditions de vie des personnes atteintes d'une maladie longue ou chronique réalisée de novembre 2004 à janvier 2005 par la DREES.

Graphique 1 • Évolution du taux de reprise global de l'activité, selon le sexe



Lecture : Le taux de reprise global inclut le maintien dans l'activité. Ainsi, 17,3 % des femmes ne se sont jamais arrêtées au cours des deux ans. 59,2 % de femmes ont repris leur activité au bout de 12 mois ou ne l'ont jamais interrompue.

Champ : Personnes de 57 ans qui étaient en emploi au moment du diagnostic de leur cancer et qui le sont toujours deux ans plus tard.

Sources : Enquête nationale sur les conditions de vie des personnes atteintes d'une maladie longue ou chronique réalisée de novembre 2004 à janvier 2005 par la DREES.

Conditions de vie deux ans après le diagnostic de cancer (suite)

ou de discrimination du fait de la maladie, déclarant une diminution des revenus de leur ménage depuis le diagnostic, présentant un cancer de bon pronostic ne touchant ni les voies aérodigestives supérieures (VADS) ni le poumon, tout à fait satisfaites des informations fournies par le personnel médical ou ayant bénéficié d'un soutien psychologique au moment du diagnostic rapportent plus fréquemment un renforcement de leur relation de couple. Différentes catégories de femmes rapportent plus fréquemment un renforcement de leur relation de couple : celles qui ont des revenus plus élevés, qui ne sont ni agricultrices ni cadres ou de professions intellectuelles supérieures, celles traitées par chimiothérapie ou qui souffrent de séquelles gênantes, celles qui ont augmenté leur consommation de psychotropes depuis le diagnostic, ou encore celles qui sont tout à fait satisfaites des informations fournies par le personnel médical ou qui ont une activité sexuelle régulière au moment de l'enquête.

■ DES DIFFICULTÉS SEXUELLES FRÉQUENTES À LA SUITE DE LA MALADIE ET DES TRAITEMENTS

Parmi les problématiques du vécu de la maladie cancéreuse, la fonction sexuelle apparaît tout à fait importante. Si l'on s'intéresse aux personnes dont le cancer ne concerne pas la

cavité pelvienne (soit 45 % des individus dont deux tiers sont des femmes), 65 % des hommes et la même proportion de femmes déclarent que la maladie a eu des conséquences négatives sur leur vie sexuelle. Quel que soit le genre, le fait d'être sexuellement inactif lors de l'enquête, d'avoir augmenté sa consommation de psychotropes, d'avoir un indice de pronostic relatif défavorable au moment du diagnostic, d'avoir été traité par chimiothérapie et de rapporter des séquelles gênantes du traitement et de la maladie sont des facteurs qui augmentent la probabilité de ressentir des conséquences négatives sur la vie sexuelle et cela indépendamment les uns des autres. Pour les hommes, être insatisfait des explications fournies par l'équipe médicale et avoir un niveau d'études inférieur au baccalauréat sont liés au sentiment d'avoir subi des préjudices en termes de sexualité. Pour les femmes, avoir consulté ou souhaité consulter un psychologue au moment du diagnostic et avoir fait l'objet de discrimination du fait de leur maladie sont des facteurs indépendamment associés à la probabilité de déclarer des conséquences négatives sur leur vie sexuelle. ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA FICHE • DREES

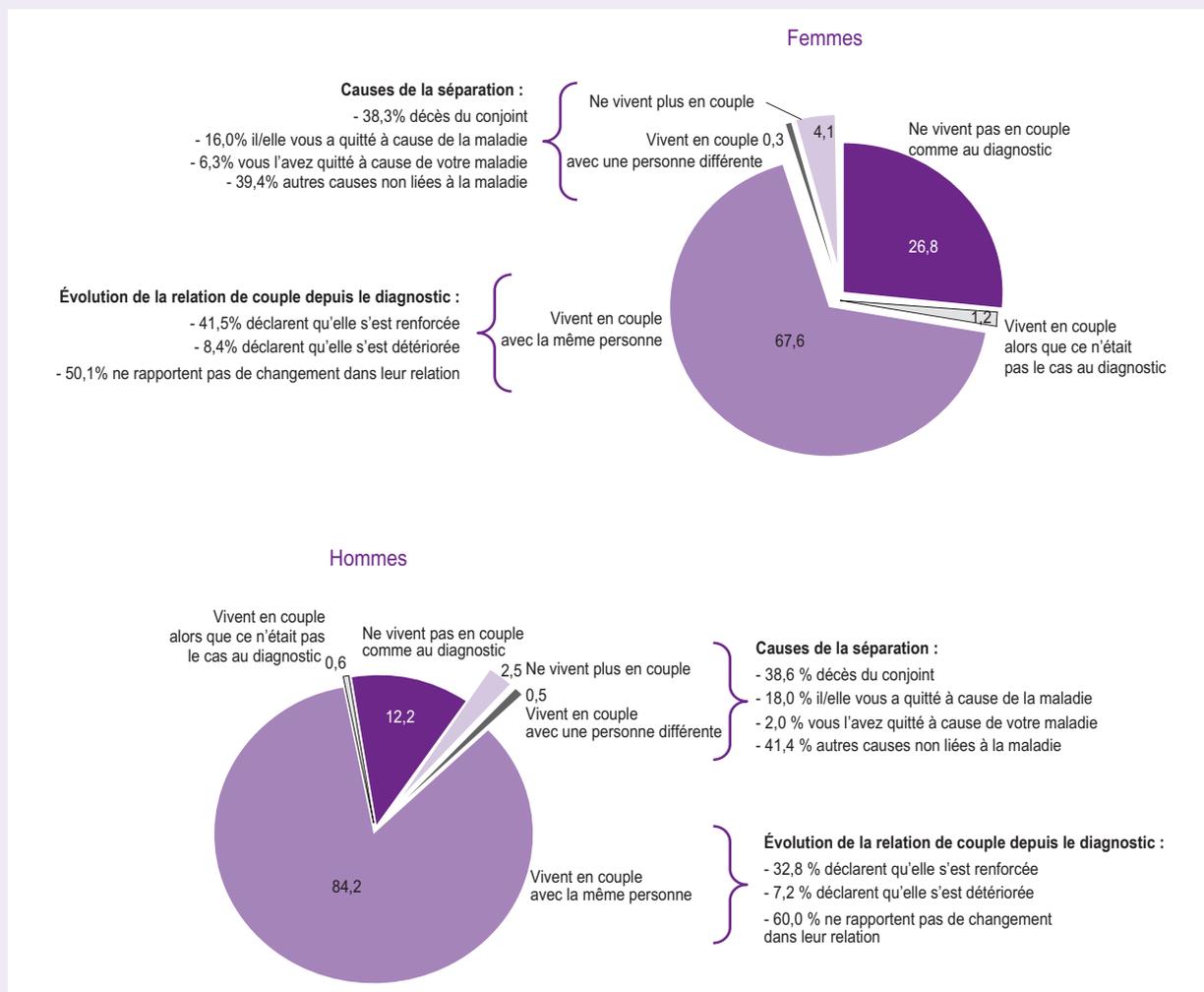
synthèse

La satisfaction globale des femmes atteintes de cancer vis-à-vis de la prise en charge médicale (suivi post-thérapeutique et prise en compte des séquelles par l'équipe médicale) et des informations reçues tout au long des traitements est moins élevée que celle des hommes. Elles ont plus souvent ressenti l'annonce de leur diagnostic de manière trop brutale, sont moins satisfaites de leur suivi médical au bout de deux ans. Elles sont plus nombreuses à ne pas être impliquées dans le choix des traitements ; certaines auraient préféré l'être plus et d'autres ont été satisfaites de cette non-implication. Elles sont plus fréquemment que les hommes demandeuses du soutien psychologique par un professionnel au moment du diagnostic, qu'elles y aient accès ou non, et en bénéficient plus souvent deux ans après.

Hommes et femmes actifs occupés au moment du diagnostic sont aussi fréquemment sans emploi deux ans plus tard mais les facteurs qui influent sur cette sortie d'emploi sont différents. Parmi ceux qui continuent à avoir un emploi, la reprise du travail s'opère plus rapidement chez les hommes et plus progressivement chez les femmes.

Les femmes déclarent plus fréquemment que la maladie a renforcé leur vie de couple. Hommes et femmes déclarent aussi fréquemment des difficultés sexuelles à la suite de leur maladie et de leurs traitements, mais les facteurs associés ne sont pas les mêmes.

Graphique 2 • Évolution des situations de couple chez les femmes et chez les hommes



Champ : Voir encadré.

Sources : Enquête nationale sur les conditions de vie des personnes atteintes d'une maladie longue ou chronique réalisée de novembre 2004 à janvier 2005 par la DREES.

addictions et toxicomanie



Consommation d'alcool

La consommation moyenne annuelle d'alcool pur par habitant de 15 ans ou plus s'est stabilisée entre 2005 et 2006 après quatre années de baisse. Les quantités d'alcool consommées sur le territoire français ont néanmoins baissé d'un peu plus de 10 % entre 1999 et 2006. Cette diminution s'inscrit dans une tendance plus ancienne et provient essentiellement de la baisse de la consommation de vin.

La consommation excessive d'alcool est responsable d'un excès de morbidité et de mortalité par cancer, hépatopathie, atteinte du système nerveux central ou périphérique, maladie cardiovasculaire. Elle est également responsable d'anomalies du développement chez l'enfant exposé *in utero* (encadré 1). En 2000, le nombre de nouveaux cas de cancers attribuable à la consommation d'alcool a été estimé à 10,8 % chez les hommes et 4,5 % chez les femmes¹. En 2005, un peu plus de 20 000 décès sont liés à l'imprégnation alcoolique chronique (cancer des voies aérodigestives supérieures, cirrhose et psychose alcoolique) dont environ un sur cinq concerne les femmes².

La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique prévoit la réduction de la prévalence de la consommation d'alcool à risque ainsi que l'installation dans la dépendance.

■ LA CONSOMMATION RÉGULIÈRE D'ALCOOL EST TROIS FOIS MOINS ÉLEVÉE CHEZ LES FEMMES

En 2005, dans le baromètre Santé (encadré 2), la consommation régulière d'alcool, c'est-à-dire la déclaration d'au moins trois consommations d'alcool par semaine durant les 12 mois précédant l'enquête, concerne 18,9 % de la population âgée de 18 à 64 ans et trois fois plus les hommes que les femmes (28,6 % contre 9,7 %). Mesurée parmi les 18-75 ans, la consommation quotidienne sur la même période concerne 22,6 % des hommes et 8,0 % des femmes, soit encore un rapport d'environ un à trois. Ces consommations sont rares parmi les jeunes adultes et de plus en plus fréquentes à mesure que l'âge des générations observées s'accroît.

En 2005, 14,6 % des adultes déclarent qu'ils ont été ivres (suivant leur propre appréciation) au moins une fois dans l'année écoulée, les hommes étant trois fois plus nombreux dans ce cas que les femmes (22,4 % contre 7,2 %). L'ivresse alcoolique est plutôt un comportement répandu au sein des jeunes générations, et culmine aux alentours de 25 ans pour les femmes et les hommes, avant de diminuer rapidement avec l'âge, surtout parmi les femmes. Environ une femme sur cinq entre 15 et 25 ans déclare avoir été ivre au cours de l'année écoulée.

La diminution globale de la consommation d'alcool a davantage concerné les femmes que les hommes. Ainsi la consommation quotidienne est passée de 29,2 % en 2000 à 21,4 % en 2005 parmi les hommes âgés de 15 à

75 ans (soit 27 % de diminution relative), tandis qu'elle est passée dans le même temps de 11,7 % à 7,6 % parmi les femmes du même âge (soit 35 % de diminution). En revanche, les taux d'ivresse au cours de l'année restent stables (22,3 % à 22,7 % en 2005 parmi les hommes, 7,4 % à 7,6 % en 2005 parmi les femmes), de même que les taux d'ivresses régulières (3,8 % à 3,3 % parmi les hommes, 0,6 % à 0,5 % parmi les femmes). Enfin, l'usage problématique³ est stable chez les hommes (14,0 % à 14,3 %) et les femmes (il passe de 9,0 % à 9,7 %). En 2005, 53,5 % des hommes et 21,2 % des femmes présentent une consommation à risque, c'est-à-dire dont les volumes d'alcool ingérés excèdent les recommandations de l'OMS (22 verres standard ou plus par semaine pour les hommes, 15 pour les femmes) et risquent de mettre leur santé en danger à moyen ou long terme. Plus précisément, 14,7 % des hommes et 2,6 % des femmes sont à risque d'usage chronique ou dépendants⁴.

■ L'ÉLEVATION DU NIVEAU DE DIPLÔME ET DE LA CATÉGORIE SOCIALE RAPPROCHE LA CONSOMMATION RÉGULIÈRE D'ALCOOL DES HOMMES ET DES FEMMES

Chez les hommes les plus instruits, l'usage régulier d'alcool tend à être un peu plus rare. Il est au contraire beaucoup plus fréquent chez les femmes diplômées (tableau 1). Le statut d'emploi semble avoir une plus grande incidence sur la manière de boire des hommes que sur celle des femmes. Après 25 ans, le

chômage est, pour les hommes plus que pour les femmes, une situation où l'on consomme plus régulièrement – et éventuellement plus souvent jusqu'à l'ivresse – que dans les autres activités et même les autres inactivités (tableau 2).

Au sein des actifs occupés, femmes et hommes, les agriculteurs ont un risque de consommer régulièrement de l'alcool supérieur à celui des ouvriers. Mais tandis que cet effet est restreint aux agriculteurs parmi les hommes, il concerne aussi les artisans, commerçants, chefs d'entreprise ou cadres parmi les femmes (tableau 3). Pour les femmes, la consommation régulière paraît donc moins spécifiquement liée au monde agricole.

L'élévation dans l'échelle sociale se traduit donc globalement par une diminution de la consommation régulière d'alcool pour les hommes et par une augmentation pour les femmes. De fait, plus le niveau d'instruction est élevé ou la catégorie sociale aisée, plus les modes de consommations d'alcool des hommes et des femmes convergent. En effet, les écarts entre hommes et femmes décroissent quand le niveau de diplôme ou la PCS augmentent (tableau 1).

1. Les causes du cancer en France. www.academie-sciences.fr/publications/rapports/pdf/cancer_13_09_07.pdf

2. INSERM-CépiDc, www.cepidc.vesinet.inserm.fr/; L'état de santé de la population en France, indicateurs associés à la loi relative à la politique de santé publique, DREES, Rapport 2008 à paraître.

3. Estimé par le test DETA (encadré 3).

4. Prévalences estimées avec le test Audit C (encadré 3).

Tableau 1 • Risque de consommation d'alcool par sexe et niveau de diplôme

	Consommation régulière			Ivresse dans l'année		
	Hommes	Femmes	Ratio de genre*	Hommes	Femmes	Ratio de genre*
	OR	OR	OR [IC 95 %]	OR	OR	OR [IC 95 %]
< Bac (référence)	-1-	-1-	5,5 [4,9; 6,1]	-1-	-1-	4,8 [4,3; 5,5]
Bac	0,9	1,3	4,1 [3,5; 4,9]	1,0	1,2	4,1 [3,5; 4,8]
Bac + 2	0,9	1,5	3,8 [3,1; 4,7]	1,0	1,1	4,1 [3,4; 5,0]
Bac + 3/4	1,0	1,9	3,1 [2,5; 3,8]	1,2	1,7	3,2 [2,6; 3,9]
Bac + 5 et au-delà	0,8	1,9	2,7 [2,1; 3,5]	1,0	1,6	3,1 [2,4; 4,0]

* Le ratio de genre est l'odds ratio (OR) associé au sexe masculin (par rapport au sexe féminin) dans chaque catégorie. En gras figurent les OR significatifs au seuil de 5 % (test de Wald). Tous les OR présentés dans le tableau sont ajustés sur l'âge.

Lecture : (1) Les femmes dont le niveau de diplôme est Bac + 2 déclarent significativement plus souvent une consommation régulière d'alcool que les femmes dont le niveau est inférieur au bac, à âge égal (OR = 1,5). (2) Ratio de genre : les hommes déclarent significativement plus souvent une consommation régulière d'alcool que les femmes à âge égal pour chaque niveau de diplôme défini. Les différences hommes/femmes sont d'autant plus importantes que la valeur de l'OR est élevée. Elles diminuent lorsque le niveau de diplôme croît.

Champ : Personnes âgées de 18-64 ans. France métropolitaine.

Sources : Baromètre Santé 2005, INPES.

Tableau 2 • Risques de consommation d'alcool pour les différentes situations professionnelles selon le sexe

	Consommation régulière			Ivresse dans l'année		
	Hommes	Femmes	Ratio de genre*	Hommes	Femmes	Ratio de genre*
	OR	OR	OR [IC 95 %]	OR	OR	OR [IC 95 %]
18-25 ans						
Actifs occupés (réf.)	-1-	-1-	7,3 [5,4; 9,9]	-1-	-1-	3,6 [3,0; 4,3]
Étudiants	0,6	1,3	4,0 [2,8; 5,7]	1,0	1,4	3,1 [2,6; 3,8]
Chômeurs	0,6	1,2	4,2 [2,6; 6,6]	0,9	0,8	3,1 [2,3; 4,1]
26-54 ans						
Actifs occupés (réf.)	-1-	-1-	4,4 [4,0; 4,8]	-1-	-1-	4,4 [4,0; 4,8]
Chômeurs	1,2	1,2	5,4 [4,5; 6,6]	1,3	1,1	5,6 [4,7; 6,8]
Inactifs	0,9	1,1	3,9 [2,8; 5,4]	0,8	0,7	3,4 [2,3; 5,0]

* Le ratio de genre est l'odds ratio (OR) associé au sexe masculin (par rapport au sexe féminin) dans chaque catégorie. En gras figurent les OR significatifs au seuil de 5 % (test de Wald). Tous les OR présentés dans le tableau sont ajustés sur l'âge.

Lecture : Voir tableau 1.

Champ : 18-25 ans et 26-54 ans hors retraités. France métropolitaine.

Sources : Baromètre Santé 2005, INPES.

Tableau 3 • Risques de consommation d'alcool par sexe et catégorie socioprofessionnelle

	Consommation régulière			Ivresse dans l'année		
	Hommes	Femmes	Ratio de genre*	Hommes	Femmes	Ratio de genre*
	OR	OR	OR [IC 95 %]	OR	OR	OR [IC 95 %]
PCS (actifs occupés)						
Agriculteurs	1,7	2,1	5,1 [2,9; 8,8]	0,7	1,2	4,2 [1,6; 11,1]
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	1,0	2,1	3,1 [2,1; 4,5]	0,8	1,5	3,5 [2,3; 5,4]
Cadres	0,9	1,8	3,0 [2,4; 3,7]	0,8	1,6	3,2 [2,5; 4,1]
Prof. intermédiaires	0,9	1,3	4,4 [3,6; 5,2]	0,9	1,3	4,3 [3,6; 5,2]
Employés	0,8	1	4,8 [4,0; 5,8]	0,8	1,2	4,1 [3,4; 4,9]
Ouvriers (référence)	-1-	-1-	6,4 [4,6; 8,8]	-1-	-1-	6,2 [4,4; 8,7]

* Le ratio de genre est l'odds ratio (OR) associé au sexe masculin (par rapport au sexe féminin) dans chaque catégorie. En gras figurent les OR significatifs au seuil de 5 % (test de Wald). Tous les OR présentés dans le tableau sont ajustés sur l'âge.

Lecture : voir tableau 1.

Champ : 18-54 ans actifs occupés, France métropolitaine.

Sources : Baromètre Santé 2005, INPES.

CHAMP • Personnes âgées de 12 à 75 ans, francophones, vivant en ménage ordinaire et résidant en France métropolitaine.

SOURCES • Baromètre Santé de l'INPES. En 2000, l'enquête a été réalisée par téléphone auprès des 12-75 ans et les personnes inscrites sur liste rouge ont été rajoutées à l'échantillon (n = 13 685). En 2005, l'INPES a décidé d'accroître la taille de cet échantillon téléphonique classique et de le compléter par un échantillon de personnes détenant uniquement un téléphone portable et pas de téléphone fixe (soit au total n = 30 514).

MÉTHODOLOGIE • Ces enquêtes téléphoniques déclaratives utilisent la technique du sondage aléatoire. Elles interrogent les Français sur leurs attitudes, comportements, connaissances et opinions en matière de santé. Le mode de tirage est dit à deux degrés : un premier tirage au sort est effectué dans une base de numéros téléphoniques afin d'obtenir un ménage. Il est procédé ensuite au tirage au sort d'un individu à l'intérieur même du ménage, individu à qui il est affecté une probabilité de tirage dépendant de la constitution du ménage.

CONSTRUCTION DES INDICATEURS • Il s'agit de déclarations de fréquences de consommation sur les 12 derniers mois. Le test DETA et le test AUDIT-C sont décrits dans Legleye *et al.*, 2007 et Com-Ruelle *et al.*, 2005.

LIMITES ET BIAIS • Trois mesures de la TA en une seule occasion. En clinique, le diagnostic d'hypertension artérielle implique l'observation de mesures élevées en plusieurs occasions.

RÉFÉRENCES

- Beck F., Guilbert P., 2007, « Baromètres Santé : un éclairage sur leur méthode et leur évolution », in Beck F., Guilbert P., Gautier A., *Baromètre Santé 2005 : Attitudes et comportements de santé*, INPES, 27-43.
- Legleye S., Beck F., 2007, « Alcool : une baisse sensible des niveaux de consommation », in Beck F., Guilbert P., Gautier A., *Baromètre Santé 2005*, INPES, 112-54.
- Beck F., Legleye S., Maillouche F., de Peretti G., 2008, « Le rôle du milieu social dans les usages de drogues des hommes et des femmes ? », INSEE, *France portrait social, Regards sur la parité*, février, 65-82.
- Com-Ruelle L., Dourgnon P., Jusot F., Latil E., Lengagne P., 2005, « Identification et mesure des problèmes d'alcool en France : une comparaison de deux enquêtes en population générale », IRDES, *Questions d'économie de la santé*, série « Méthode », 97 : 8.

Consommation d'alcool (suite)

Pour le statut face à l'emploi, les résultats sont moins nets (tableau 2). Alors que l'activité professionnelle creuse les écarts entre les sexes parmi les jeunes générations, c'est surtout l'exclusion subie du monde du travail qui marque les écarts parmi les plus âgés, le fait d'être inactif (personne au foyer ou ne cherchant pas d'emploi) réduisant au contraire les écarts.

■ L'IVRESSE, UNE PRATIQUE SOCIALE MASCULINE PARTAGÉE PAR LES FEMMES DES MILIEUX LES PLUS FAVORISÉS

L'ivresse alcoolique est plus fréquente chez les femmes titulaires d'un diplôme supérieur au baccalauréat que chez les autres, sans qu'on observe de relation similaire parmi les hommes. Pour les moins de 25 ans, elle est principalement associée au statut d'étudiante (et pas d'étudiant). Parmi les actives occupées, elle est également plus fréquente chez les femmes cadres que chez celles d'autres catégories sociales alors que c'est l'inverse parmi les hommes. En conséquence, les écarts de

comportement entre les sexes sont variables suivant les catégories de diplôme ou d'emploi et diminuent avec leur élévation.

Au sein des actifs occupés, les écarts entre les catégories sociales apparaissent relativement réduits pour l'ivresse au cours des 12 derniers mois. Néanmoins, les artisans, commerçants et les cadres, catégories dont le capital socio-économique est parmi les plus élevés, déclarent pour l'ivresse alcoolique des comportements moins différenciés entre hommes et femmes que les agriculteurs, les employés ou les ouvriers.

Pour ce qui est du statut face à l'emploi, les résultats observés pour l'ivresse sont très proches de ceux observés pour la consommation régulière : au sein des jeunes, les écarts entre les femmes et les hommes sont plus prononcés parmi les actifs occupés, tandis qu'ils sont majorés parmi les chômeurs au sein des générations plus âgées. ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA FICHE •
OFDT – INPES

synthèse

Globalement, 8% des femmes de 18 à 75 ans déclarent consommer de l'alcool quotidiennement et cette proportion croît avec l'âge (environ 1% des 15-34 ans et 22,9% des 65-75 ans). Les ivresses sont en revanche plus fréquentes chez les jeunes et concernent près d'une femme sur cinq entre 15 et 25 ans au cours de l'année écoulée.

Explorer les pratiques d'alcoolisation permet de montrer que le rapport au produit ne se résume à une simple caractéristique liée au sexe. Si l'alcool est plus consommé par les hommes, les écarts entre hommes et femmes peuvent varier suivant l'âge, le niveau d'éducation et le milieu social des personnes.

Les modes de consommation apparaissent moins liés au sexe des individus qu'aux rôles sociaux qui modèlent les rapports de genre. Les différences de comportements entre hommes et femmes sont moins marquées dans les milieux favorisés que dans les milieux populaires, suggérant que la prévention, même si elle a beaucoup à gagner en prenant le genre en considération, ne peut faire l'économie d'accorder une place importante aux contextes sociaux de consommation.

Alcool et grossesse

Une consommation d'alcool quotidienne, même très modérée, ou des ivresses épisodiques pendant la grossesse ne sont pas anodines et peuvent entraîner des risques importants pour la grossesse (retards de croissance du fœtus, accouchements prématurés) et pour l'enfant à naître. L'alcool est un toxique extrêmement puissant qui agit sur l'embryon et le fœtus, notamment sur son système nerveux et son cerveau. Dans ces conditions, quel que soit le moment de l'alcoolisation de la femme enceinte, le risque d'atteinte des fonctions cérébrales reste très élevé. Une consommation d'alcool importante pendant les trois premiers mois peut produire des malformations du bébé. Le syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF) constitue l'atteinte la plus grave de l'exposition prénatale à l'alcool¹. Il constitue la 1^{re} cause de handicap mental non génétique chez l'enfant.

Dans l'enquête périnatale 1998, près de 4 % des femmes déclaraient avoir consommé au moins un verre d'alcool par jour au cours du 3^e trimestre de leur grossesse.

1. *Expertise collective Alcool, effets sur la santé*, INSERM 2001, p. 145.

Perception du risque lié à l'alcool

— Du point de vue de la perception du risque lié à la consommation d'alcool, il apparaît dans l'enquête du baromètre Santé (2005) que la norme relative à la consommation masculine apparaît relativement bien connue (pas plus de trois verres par jour), au contraire de celle concernant les femmes (deux verres au maximum).

— La recommandation d'abstinence d'alcool pendant la grossesse apparaît mieux connue en 2007 qu'en 2004 (87 % des enquêtés contre 82 %). En 2007, 30 % estiment que le risque pour le fœtus commence dès le premier verre (contre 25 % en 2004). Pour 27 % des enquêtés en 2007 (22 % en 2004), le risque est équivalent tout au long de la grossesse. Lors des deux vagues, une personne sur deux jugeait que boire de la bière ou du vin pendant la grossesse est aussi dangereux que boire un alcool fort. Si la connaissance du principe d'équivalence entre les différentes boissons alcoolisées n'a pas progressé, la norme sociale en matière de consommation d'alcool pendant la grossesse semble s'être déplacée vers le « zéro alcool »¹.

1. Guillemont J., Léon C., 2008, « Alcool et grossesse : connaissances du grand public en 2007 et évolutions en 3 ans », *Évolutions*, n° 15, juin.

Les tests AUDIT-C et DETA

AUDIT-C : plusieurs niveaux de risque pour la santé sont définis en se référant aux recommandations de l'OMS :

— le risque d'alcoolisation excessive ponctuel si les quantités moyennes par semaine ne dépassent pas un certain seuil (14 verres par semaine pour les femmes et 21 verres pour les hommes). Boire 6 verres ou plus en une même occasion (*binge drinking*) de temps en temps (pas plus d'une fois par mois) suffit pour être classé dans cette catégorie. Les dangers encourus sont alors les accidents de la route, les accidents domestiques, les rixes ou bagarres et les violences conjugales, les rapports sexuels non protégés, le coma éthylique et le décès.

— le risque chronique chez les buveurs réguliers de grandes quantités d'alcool (15 verres ou plus par semaine pour les femmes et 22 verres ou plus pour les hommes) ou chez ceux qui ont déclaré avoir bu 6 verres ou plus en une même occasion au moins une fois par semaine. Les dangers encourus sont, en plus de ceux communs aux consommateurs à risque ponctuel, les problèmes professionnels (licenciement...) et les maladies induites par l'abus d'alcool (hypertension artérielle, cirrhose du foie, cancers des voies aérodigestives supérieures, dépendance alcoolique, psychose alcoolique, etc.). Des doses de consommation d'alcool très élevées (boire 49 verres ou plus par semaine quel que soit le sexe, soit boire 6 verres ou plus en une même occasion tous les jours ou presque) laissent soupçonner une alcoolodépendance.

Cependant, le test AUDIT-C n'est pas considéré comme pertinent pour distinguer cette catégorie de buveurs excessifs, il n'en repère d'ailleurs que très peu (1 % à 2 %).

DETA : repérage des usagers à risque d'abus ou de dépendance à l'alcool. Le test est positif lorsque la personne interrogée répond positivement à au moins deux des quatre questions suivantes :

- Avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de boissons alcoolisées ?
- Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ?
- Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez trop ?
- Avez-vous déjà eu besoin d'alcool dès le matin pour vous sentir en forme ?

Ce test porte sur la vie entière. Dans le baromètre Santé 2005, ce test a été adressé aléatoirement à la moitié de l'échantillon.

Consommation de tabac

En France, le tabagisme serait responsable de plus de 60 000 décès par an et son coût social atteindrait plus de 1 % du produit intérieur brut [Kopp, 2000]. Des études de cohorte montrent qu'environ la moitié des fumeurs réguliers décèdent d'une pathologie directement attribuable au tabac [Doll, 1994; Phillips, 1996] et que la probabilité de dépasser l'âge de 70 ans est moitié moins forte parmi les fumeurs réguliers que parmi les non-fumeurs [Grangé, 1997]. Alors que le taux standardisé de décès par cancer du poumon a diminué entre 1990 et 2005 chez les hommes (-14 %), il a quasiment doublé chez les femmes en l'espace de 15 ans (+81 %) et particulièrement chez celles de moins de 65 ans (+105 %), en lien direct avec le développement du tabagisme féminin. La prévention du tabagisme est l'une des priorités du plan Cancer. Cette lutte, initiée par la loi Veil (1976), s'appuie sur une hausse des taxes sur les cigarettes, avec de fortes hausses récentes (en 2003-2004), mais aussi sur une restriction des conditions d'achat (vente interdite aux moins de 16 ans), un durcissement des messages préventifs (y compris sur les paquets de cigarettes) et le développement des substituts nicotiniques et des consultations médicales d'aide à l'arrêt. Une attention spéciale – notamment durant leur grossesse – est accordée aux femmes, dont la consommation est maintenant égale à celle des hommes.

■ EN 2005, 27 % DES FEMMES DÉCLARENT FUMER RÉGULIÈREMENT OU OCCASIONNELLEMENT

En 2005, parmi les personnes âgées de 12 à 75 ans, 25 % fument régulièrement et 5 % de façon occasionnelle contre 33 % en 2000, soit une baisse de 10 % de la prévalence du tabagisme en cinq ans (tableau 1). Pour la première fois en 2005, on dénombre presque autant d'anciens fumeurs que de fumeurs. Le tabagisme reste une pratique masculine : 33 % des hommes fument actuellement contre 27 % des femmes (graphique 1).

■ DEPUIS 30 ANS, LA FRÉQUENCE DU TABAGISME RESTE STABLE CHEZ LES FEMMES

Chez les hommes, la prévalence du tabagisme a presque été divisée par deux en 30 ans, de près de 60 % dans les années 1970 à 35 % en 2005. Pour les femmes, la tendance est moins nette, avec une apparente stabilité, voire une légère hausse jusqu'au début des années 1990, puis une tendance récente à la baisse (graphique 2).

Pour les femmes en 2005, la prévalence du tabagisme reste marginale avant 16 ans (11 % de fumeuses, la moitié occasionnelles), puis oscille ensuite entre 35 % et 38 % jusqu'à 45 ans. Entre 46 et 55 ans, 25 % des femmes fument, mais à cet âge les arrêts deviennent plus fréquents (33 %) que le tabagisme lui-même. Au-delà, on observe un fort effet de généra-

tion : le tabagisme était une activité plus masculine encore qu'aujourd'hui (68 % des femmes de 66-75 ans n'ont jamais fumé). 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.

Avant 16 ans, la prévalence du tabagisme est plus faible parmi les hommes que les femmes, mais les premiers dépassent ensuite les secondes à tous les âges de la vie, avec une prévalence qui oscille entre 40 et 45 % de 16 à 45 ans (et un maximum de 46 % pour les 26-35 ans), puis décroît ensuite avec l'âge (jusqu'à 12 % à 66-75 ans). Dans la mesure où le tabagisme est depuis longtemps une pratique largement diffusée dans la population masculine, on n'observe pas ici d'effet de génération : la rareté relative du tabagisme des plus âgés ne s'explique donc pas comme pour les femmes par une forte proportion de personnes n'ayant jamais fumé, mais reflète plutôt la fréquence des arrêts. Ainsi, après 55 ans, la majorité des hommes sont d'anciens fumeurs. Entre 2000 et 2005, le tabagisme des hommes a diminué parmi les 12-15 ans (de 11 % à 4 %) et entre 16 et 45 ans, mais cette baisse est de moindre amplitude que parmi les femmes ; enfin, au-delà de 45 ans, le tabagisme masculin ne recule guère. Globalement, entre 2000 et 2005, le recul du tabagisme se

concentre donc sur la population jeune au sein de laquelle il est essentiellement dû au recul de l'expérimentation.

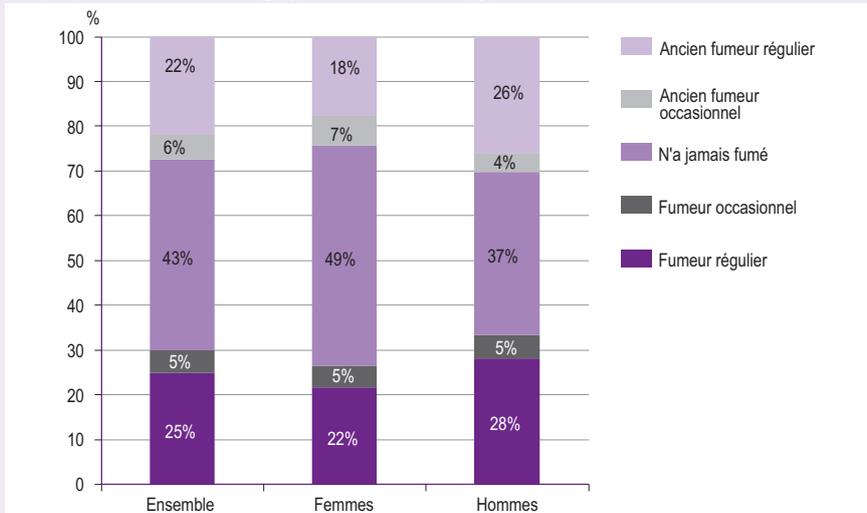
■ L'ÂGE À LA 1^{re} CIGARETTE ET À L'ENTRÉE DANS UNE CONSOMMATION RÉGULIÈRE DIMINUENT

En un demi-siècle, l'âge à la première cigarette a baissé de sept ans pour les femmes et de deux ans pour les hommes. Ainsi, au sein de la cohorte née entre 1930 et 1940, les hommes ont en moyenne fumé leur première cigarette à 17 ans et ont commencé à fumer régulièrement à 22 ans, contre respectivement 22 ans et 28 ans pour les femmes (graphique 3). Pour les cohortes suivantes, ces âges moyens ont baissé, et les femmes ont « rattrapé » les hommes : dans la cohorte née en 1980-1985, en moyenne hommes et femmes ont fumé leur première cigarette à 15 ans, et ont commencé à fumer régulièrement à 17 ans. En outre, le temps écoulé entre la première cigarette et l'entrée dans une consommation régulière tend à diminuer : de cinq à six ans pour la cohorte née en 1930-1940, à deux ans pour celle née en 1980-1985.

■ CATÉGORIES AISÉES : TABAGISME MOINS FRÉQUENT, MAIS TOUCHANT ÉGALEMENT LES HOMMES ET LES FEMMES

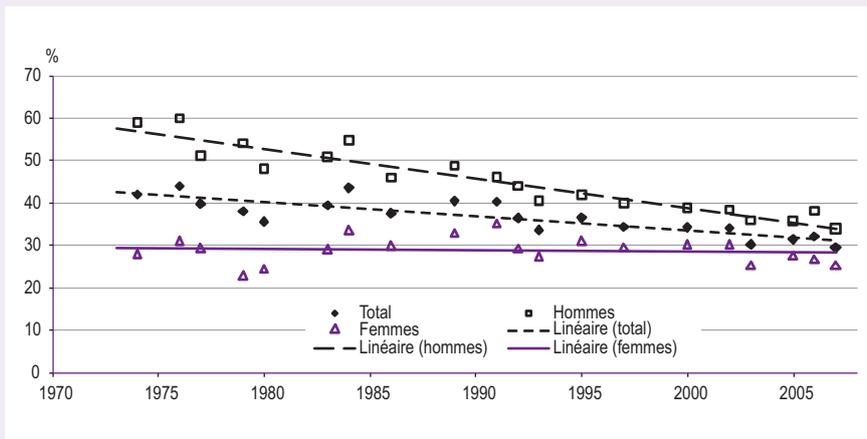
Hommes et femmes sont d'autant moins nombreux à fumer tous les jours qu'ils sont davantage diplômés (tableau 1). Le chôma ge

Graphique 1 • Statut tabagique des 12-75 ans, par sexe



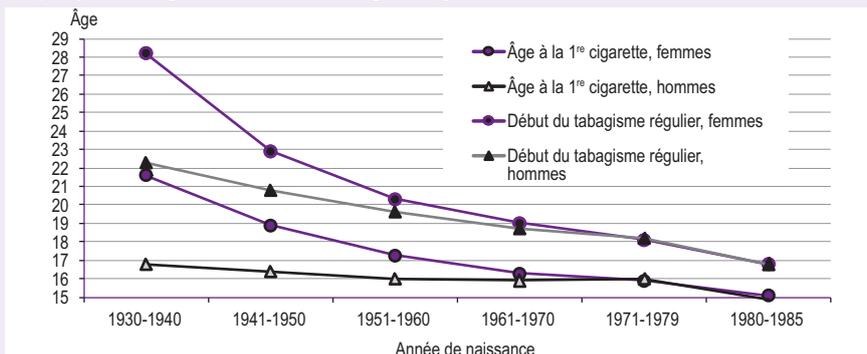
Champ : Personnes âgées de 12-75 ans. France métropolitaine.
Sources : Baromètre Santé 2005, INPES.

Graphique 2 • Évolution de la proportion de fumeurs (au moment de l'enquête) en France métropolitaine



Champ : Personnes âgées de 18-75 ans. France métropolitaine.
Sources : Enquêtes téléphoniques du Comité français d'éducation pour la santé (CFES, devenu ensuite INPES) et de l'INPES.

Graphique 3 • Âge au début du tabagisme, par sexe et cohorte de naissance



Champ : Personnes âgées de 20-75 ans. France métropolitaine.
Sources : Baromètre Santé 2005, INPES.

CHAMP • Personnes francophones vivant en ménages ordinaires résidant en France métropolitaine dont un membre au moins et âgé 12 à 75 ans.

SOURCES • Baromètre Santé de l'INPES. En 2000, l'enquête a été réalisée par téléphone auprès des 12-75 ans et les personnes inscrites sur liste rouge ont été rajoutées à l'échantillon (n = 13 685). En 2005, l'INPES a décidé d'accroître la taille de cet échantillon téléphonique classique et de le compléter par un échantillon de personnes détenant uniquement un téléphone portable et pas de téléphone fixe (soit au total n = 30 514).

MÉTHODOLOGIE • Ces enquêtes téléphoniques déclaratives utilisent la technique du sondage aléatoire. Elles interrogent les Français sur leurs attitudes, comportements, connaissances et opinions en matière de santé. Le mode de tirage est dit à deux degrés : un premier tirage au sort est effectué dans une base de numéros téléphoniques afin d'obtenir un ménage. Il est procédé ensuite au tirage au sort d'un individu à l'intérieur même du ménage, individu à qui il est affecté une probabilité de tirage dépendant de la constitution du ménage.

CONSTRUCTION DES INDICATEURS • Il s'agit de consommations déclarées. Le tabagisme quotidien se définit comme la consommation d'au moins une cigarette par jour au moment de l'enquête.

LIMITES ET BIAIS • Les taux de refus observés dans les enquêtes téléphoniques ont eu tendance à augmenter depuis le début des années 2000.

RÉFÉRENCES

- Beck F., Guilbert P., 2007, «Baromètres Santé : un éclairage sur leur méthode et leur évolution », in Beck F., Guilbert P., Gautier A., *Baromètre Santé 2005 : Attitudes et comportements de santé*, INPES ; 27-43.
- Peretti-Watel P., Beck F., Wilquin J.-L., 2007, « Les Français et la cigarette en 2005 : un divorce pas encore consommé », in Beck F., Guilbert P., Gautier A., *Baromètre Santé 2005 : Attitudes et comportements de santé*, INPES, 76-110.
- Beck F., Legleye S., Maillolchon F., Peretti G., 2008, « Le rôle du milieu social dans les usages de drogues des hommes et des femmes ? », *France portrait social, Regards sur la parité*, INSEE, février, 65-82.

RÉFÉRENCES

- Anguis M., Dubeaux D., 1997, *Les fumeurs face aux récentes hausses du prix du tabac*, INSEE Première, 551.
- Beck F., Legleye S., Peretti-Watel P., 2003, « Penser les drogues : Perceptions des produits et des politiques publiques EROPP 2002 », Rapport OFDT, 228 p.
- Doll R., Peto R., Wheatley K., Gray R., Sutherland I., 1994, «Mortality in relation to smoking: 40 years' observations on male British doctors », *British Med J*, 309 : 901-11.
- Grangé G., Vayssières C., Borgne A., Ouazana A., L'Huillier J.-P., Valensi P., et al., 2005, « Description of tobacco addiction in pregnant women », *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 120 (2) : 146-51.
- Kopp P., Fenoglio P., 2000, *Le coût social des drogues licites (alcool et tabac) et illicites en France*, Paris, OFDT.
- Phillips A.N., W annamethee S.G., Walker M., Thomson A., Smith G.D., 1996, «Life expectancy in men who have never smoked and those who have smoked continuously: 15 years follow up of large cohort of middle aged British men », *British Med J*, 313 : 907-8.
- Windham G.-C., Eaton A., Hopkins B., 1999, «Evidence for an association between environmental tobacco smoke exposure and birthweight : a meta-analysis and new data », *Paediatr Perinat Epidemiol*, 13 (1) : 35-57.

Consommation de tabac (suite)

est associé pour les femmes comme pour les hommes, à une consommation régulière de tabac plus élevée par rapport aux actifs occupés. En revanche, la catégorie sociale module différemment la consommation de tabac des hommes et des femmes : si les hommes de toutes les catégories sociales présentent des niveaux de consommation inférieurs à ceux des ouvriers, les artisanes, commerçantes et chefs d'entreprise consomment autant que les ouvrières (tableau 1). Parmi les hommes, la part des fumeurs quotidiens est inférieure à celle des ouvriers dans toutes les autres catégories sociales alors que chez les femmes, cette proportion n'est pas différente entre les ouvrières et les artisanes, commerçantes et chefs d'entreprise.

Par conséquent, les écarts entre hommes et femmes apparaissent importants parmi les actifs occupés et surtout les chômeurs au sein des 18-25 ans, alors qu'il est réduit et même

inversé parmi les étudiants (les étudiantes déclarent plus souvent que les étudiants un tabagisme quotidien). Au-delà de 25 ans, l'activité professionnelle rapproche les usagers des hommes et des femmes, alors que l'inactivité subie ou non (chômage ou présence au foyer) les creuse (tableau 2).

L'élévation du niveau d'instruction semble jouer de façon similaire sur les comportements de consommation des deux sexes, dans le sens d'une diminution du tabagisme avec le niveau de diplôme.

Globalement, la consommation de tabac des catégories sociales les plus favorisées est donc à la fois moins fréquente et moins différenciée entre hommes et femmes alors que celle des catégories sociales les moins favorisées est plus importante et plus masculine. ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA FICHE • OFDT – INPES

synthèse

En 2005, 27% des femmes déclarent fumer quotidiennement ou occasionnellement. La prévalence est stable depuis 30 ans.

Explorer les pratiques tabagiques permet de montrer que le rapport au produit ne se résume à une simple caractéristique liée au sexe. Si le tabac est plus consommé par les hommes les écarts entre hommes et femmes peuvent varier suivant l'âge, le niveau d'éducation et le milieu social des personnes.

Les différences de comportements entre hommes et femmes sont moins marquées dans les milieux favorisés que dans les milieux populaires, suggérant que la prévention, doit prendre en compte tant le genre que les contextes sociaux de consommation. Le tabagisme a nettement baissé ces dernières années, en particulier parmi les jeunes générations. Toutefois, dans la population générale, la consommation des femmes a connu une certaine stabilité.

Tableau 1 • Risque de tabagisme quotidien par sexe, niveau de diplôme et PCS

	Hommes	Femmes	Ratio de genre*
	OR	OR	OR [IC 95 %]
Suivant le niveau d'études			
< Bac (référence)	-1-	-1-	1,5 [1,4 ; 1,7]
Bac	0,7	0,7	1,3 [1,2 ; 1,5]
Bac + 2	0,6	0,7	1,4 [1,2 ; 1,7]
Bac + 3/4	0,6	0,6	1,4 [1,2 ; 1,7]
Bac + 5 et au-delà	0,5	0,4	1,8 [1,4 ; 2,2]
Suivant la profession et catégorie sociale (PCS)			
Agriculteurs	0,3	0,1	3,7 [1,5 ; 8,9]
Artisans, commerçants	0,8	1,1	1,1 [0,9 ; 1,5]
Cadres	0,4	0,6	1,1 [0,9 ; 1,4]
Professions intermédiaires	0,6	0,6	1,5 [1,3 ; 1,8]
Employés	0,7	0,8	1,3 [1,1 ; 1,5]
Ouvriers (référence)	-1-	-1-	1,5 [1,3 ; 1,9]

* Le ratio de genre est l'odd ratio (OR) associé au sexe masculin (par rapport au sexe féminin) dans chaque catégorie.

En gras figurent les OR significatifs au seuil de 5 % (test de Wald). Tous les OR présentés dans le tableau sont ajustés sur l'âge.

Lecture :

(1) Les femmes dont le niveau de diplôme est Bac + 2 déclarent significativement fumer quotidiennement moins souvent que les femmes dont le niveau est inférieur au bac, à âge égal (OR = 0,7).

(2) Ratio de genre : les hommes déclarent significativement plus souvent fumer quotidiennement du tabac que les femmes à âge égal pour chaque niveau de diplôme défini.

Les différences hommes/femmes ne varient pas de façon significative avec le niveau de diplôme.

Champ : Personnes âgées de 18-64 ans. France métropolitaine.

Sources : Baromètre Santé 2005, INPES.

Tableau 2 • Risque de tabagisme quotidien par sexe pour les différentes situations professionnelles

	Consommation régulière		
	Hommes	Femmes	Ratio de genre*
	OR	OR	OR [IC 95 %]
18-25 ans			
Actifs occupés (référence)	-1-	-1-	1,9 [1,6 2,3]
Étudiants	0,4	0,6	0,7 [0,6 0,9]
Chômeurs	1,3	1,2	2,4 [1,8 3,2]
26-54 ans			
Actifs occupés (référence)	-1-	-1-	1,3 [1,2 1,4]
Chômeurs	2	1,7	2,6 [2,2 3,1]
Inactifs	2	1,1	2,6 [2,0 3,5]

Le ratio de genre est l'odd ratio (OR) associé au sexe masculin (par rapport au sexe féminin) dans chaque catégorie.

En gras figurent les OR significatifs au seuil de 5 % (test de Wald). Tous les OR présentés dans le tableau sont ajustés sur l'âge.

Note de lecture : voir tableau 1.

Champ : 18-25 ans et 26-54 ans, hors retraités.

Sources : Baromètre Santé 2005, INPES. France métropolitaine.

encadré 1 Tabac et grossesse

Les femmes enceintes qui continuent à fumer sont caractérisées par un niveau psychosocial plus défavorisé et une vie solitaire plus fréquente. Leur dépendance est forte et leur perception du risque fœtal plus faible [Grangé G., 2005]. Si la grossesse permet souvent un abandon ou moins momentané de son propre tabagisme, il n'est pas un évènement suffisant pour protéger la femme de l'exposition au tabagisme passif. Toutes les études sur le tabagisme passif chez la femme enceinte montrent une réduction du poids de naissance et ceci de façon indépendante de l'âge gestationnel, c'est-à-dire à la prématurité [Windham G.-C., 1999].

encadré 2 Perception du risque lié au tabac

En 2002, près des trois quarts des personnes interrogées dans l'enquête sur les Représentations, opinions et perceptions sur les psychotropes (EROPP) jugeaient que le tabac est dangereux dès qu'on en fume tous les jours une certaine quantité (10 cigarettes en moyenne par jour, 10,2 selon les hommes, 9,9 selon les femmes) [Beck F., 2003]. Ce seuil ne varie pas sensiblement avec l'âge (il est à peine plus faible parmi les 25-49 ans, 9 cigarettes par jour, qu'aux deux extrêmes, 11,5 cigarettes en moyenne parmi les 15-17 ans ou les 65-75 ans). Contrairement au cas de l'alcool, le seuil de dangerosité perçue varie assez peu avec le nombre de cigarettes fumées quotidiennement par les répondants (en moyenne, les fumeurs de moins d'une cigarette par jour estiment que la consommation de tabac est dangereuse à partir de 8,3 cigarettes par jour, contre 11,0 pour les fumeurs de plus de 20 cigarettes par jour). La quantité quotidienne moyenne jugée dangereuse a également baissé entre 1999 et 2002, passant de 11,4 cigarettes pour les hommes comme les femmes en 1999, à 10,2 pour les hommes et 9,9 pour les femmes, notamment parce que la proportion d'individus situant le seuil à 20 cigarettes ou plus a nettement baissé (21,2 % contre 28,3 % en 1999, $p < 0,001$).

Consommation de cannabis

Les niveaux d'usage de cannabis au cours de l'année des jeunes Européens (âgés d'environ 18-35 ans suivant les pays) varient de 3 % en Grèce à 22 % en République Tchèque. La France, la République Tchèque, l'Espagne, le Royaume-Uni et Chypre sont les pays qui présentent les taux d'usage de cannabis au cours de l'année les plus élevés au sein de l'Europe. Aux États-Unis, le niveau était de l'ordre de 20 % en 2001 parmi les 18-34 ans. Diffusé rapidement en France entre 1990 et 2000, le cannabis a suscité une attention croissante des pouvoirs publics en termes de répression du trafic et de l'usage mais aussi de soins, avec l'ouverture de consultations spécialisées à destination des jeunes consommateurs.

■ UNE CONSOMMATION MOINS DIFFÉRENCIÉE ENTRE HOMMES ET FEMMES POUR LE CANNABIS QUE POUR LES AUTRES PRODUITS

En 2005, le cannabis reste de loin la drogue illicite la plus consommée en France, avec 30,6 % d'expérimentateurs de 15 à 64 ans (23,5 % des femmes et 37,9 % des hommes) contre moins de 4 % pour les autres produits psychoactifs illicites (tableau 1). Le cannabis reste surtout consommé par les jeunes générations, au point que les proportions d'usages au cours de l'année deviennent rapidement négligeables au-delà de 50 ans.

Parmi les 15-64 ans, la proportion d'usagers au cours du mois atteint globalement 4,8 % (2,5 % des femmes et 7,3 % des hommes), ces usages étant principalement le fait des plus jeunes générations. Ainsi, 12,7 % des 15-24 ans ont fumé du cannabis au cours du dernier mois (7,8 % des femmes contre 17,1 % des hommes), 7,5 % en sont usagers réguliers

(4,4 % contre 10,4 %) et 3,6 % usagers quotidiens (2,0 % contre 5,0 %). L'expérimentation et la consommation au cours des 12 derniers mois de toutes les drogues illicites concernent davantage les hommes que les femmes, même si les écarts sont moins importants pour le cannabis (à l'exception des usages au cours des 12 derniers mois d'amphétamines, d'héroïne, et de crack, qui se situent à des niveaux proches de zéro).

■ UN PRODUIT DONT LA DIFFUSION SEMBLE EN VOIE D'ACHÈVEMENT

Globalement, entre 2000 et 2005, la consommation régulière a connu une augmentation significative passant de 1,7 % à 2,8 % parmi les 15-64 ans, de 2,6 % à 4,3 % pour les hommes et de 0,8 % à 1,3 % pour les femmes. La hausse relative est ainsi proche de 63 % pour chaque sexe. Toutefois, les enquêtes auprès des adolescents, traditionnellement très consommateurs, montrent une diminution importante de l'expérimentation et des usages réguliers.

■ L'ÉLEVATION DE LA CATÉGORIE D'EMPLOI CONTRIBUE À RAPPROCHER LES COMPORTEMENTS DES HOMMES ET DES FEMMES

Les usages varient fortement avec le sexe et l'âge, mais également suivant la situation face à l'emploi et le niveau d'étude. Chez les femmes avant 25 ans, l'usage de cannabis au cours de l'année est un peu plus fréquent parmi les étudiants que les actifs, occupés ou non ; après 25 ans, il est au contraire plus fréquent parmi les chômeurs (tableau 2). Au sein des actifs occupés, les catégories sociales se distinguent peu par leur propension à avoir usé de cannabis au cours de l'année, même si

celle-ci est un peu plus forte pour les femmes artisanes, commerçantes et chefs d'entreprise, et un peu moins pour les hommes, chez les employés (tableau 3). L'élévation du niveau d'instruction scolaire va dans le sens d'une consommation plus répandue de cannabis au cours des 12 derniers mois chez les femmes comme chez les hommes mais les résultats sont moins nets (tableau 4).

Ainsi, les écarts entre les femmes et les hommes concernant la consommation de cannabis dans l'année s'avèrent relativement indépendants de la situation face à l'emploi parmi les jeunes de 18-25 ans. Au-delà, ils apparaissent très marqués parmi les chômeurs. De plus, ces écarts diminuent globalement avec l'élévation du niveau d'instruction scolaire et, parmi les actifs occupés, ils varient assez peu suivant la catégorie sociale (tableau 3).

■ LES OUVRIERS SONT LES PLUS CONCERNÉS PAR LA CONSOMMATION RÉGULIÈRE

L'image est quelque peu différente si l'on observe l'usage régulier. Ainsi, les étudiants n'apparaissent plus surconsommateurs relativement aux actifs occupés du même âge, tandis que l'élévation du niveau d'usage parmi les chômeurs se voit largement confirmé, en particulier parmi les hommes (tableau 2). Parmi les actifs occupés, la catégorie sociale apparaît encore peu jouer sur les niveaux d'usage, même si parmi les hommes, les cadres s'avèrent nettement sous-consommateurs comparés aux ouvriers. Enfin, il existe une relation négative liant le niveau de diplôme à l'usage. En effet, les plus diplômés ont un usage sensiblement inférieur aux personnes n'ayant pas le baccalauréat, surtout chez les hommes

Perception du risque lié au cannabis

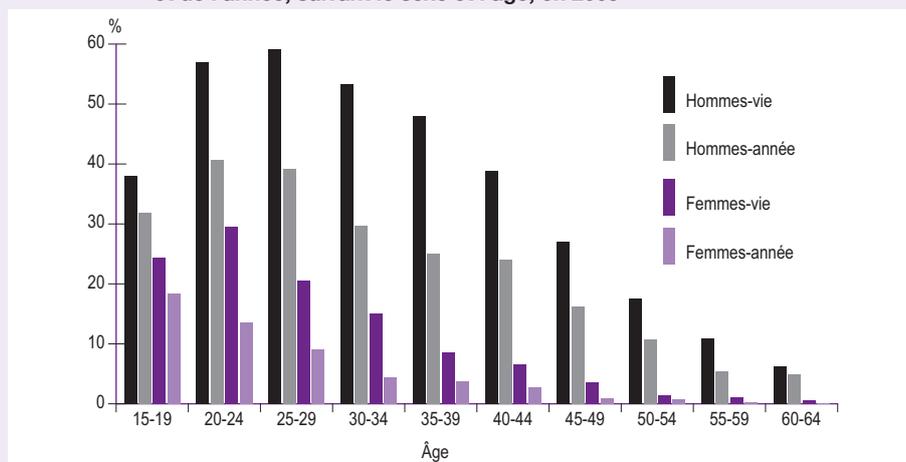
En 2002, l'enquête EROPP (7) avait montré que 50,8 % des enquêtés jugeaient le cannabis dangereux dès la première consommation, contre 4,8 % pour l'alcool et 24,9 % pour le tabac. Les femmes sont plus souvent de cet avis que les hommes (58,3 % contre 43,1 %). Sur cette question, le fait d'avoir déjà fumé du cannabis est très discriminant : la différence entre les sexes est due aux réponses des personnes qui n'avaient jamais fumé de cannabis au cours de leur vie : parmi elles, 67 % des femmes jugeaient que l'expérimentation de cannabis constitue déjà un danger, contre 55 % des hommes. L'expérimentation discrimine donc les opinions sur la dangerosité perçue du cannabis, et rapproche les opinions des hommes et des femmes sur la question. La tendance est la même concernant les consommations plus récentes : 65 % des hommes qui avaient fumé du cannabis au cours de l'année pensaient qu'il est dangereux d'en fumer tous les jours, contre 75 % des femmes (différence non significative).

Tableau 1 • Niveaux d'usage et de proposition par produits parmi les 15-64 ans

	Expérimentation (usage au cours de la vie) en %	Sex ratio	Usage au cours des 12 derniers mois en %	Sex ratio
Cannabis	30,6	1,6***	8,6	2,2***
Poppers	3,9	2,7***	0,6	2,7***
Champignons hallucinogènes	2,7	4,0***	0,3	3,8***
Cocaïne	2,6	2,6***	0,6	2,9***
Ecstasy	2,0	2,9***	0,5	3,2***
Produits à inhaler	1,7	2,3***	0,2	1,9*
LSD	1,5	3,1***	0,1	4,2***
Amphétamines	1,4	1,9***	0,2	2,1*
Héroïne	0,8	2,8***	0,1	1,7 ns
Crack	0,3	1,9**	0,1	1,3 ns

Note : Le sex ratio est défini comme le rapport des proportions d'expérimentateurs des femmes et des hommes.
 *, **, *** et ns signalent respectivement une différence significative entre femmes et hommes pour le test du Chi² au seuil 0.05, 0.01, 0.001 et non significative.
Champ : Personnes âgées de 15-64 ans. France métropolitaine.
Sources : Baromètre Santé 2005, INPES.

Graphique 1 • Proportions de consommateurs de cannabis au cours de la vie et de l'année, suivant le sexe et l'âge, en 2005



Champ : Personnes âgées de 15-64 ans. France métropolitaine.
Sources : Baromètre Santé 2005, INPES.

Tableau 2 • Risque* de consommation de cannabis pour les différentes situations professionnelles et selon le sexe

	Usage au cours des 12 derniers mois				Usage régulier			
	Hommes OR	Femmes OR	Ratio de genre OR	IC 95 %	Hommes OR	Femmes OR	Ratio de genre OR	IC 95 %
Agriculteurs	0,6	0,5	3,6	[0,5 ; 28,9]	0,5	3,9	0,9	[0,1 ; 9,0]
Artisans, commerçants	1,3	2,1	1,7	[1,0 ; 2,8]	0,9	3,1	1,7	[0,7 ; 4,2]
Cadres	1,2	1,3	2,5	[1,8 ; 3,6]	0,6	1,8	2,1	[1,0 ; 4,2]
Prof. intermédiaires	1,1	1,1	2,9	[2,2 ; 3,7]	0,9	1	5,5	[3,1 ; 9,6]
Employés	0,7	0,9	2,4	[1,8 ; 3,2]	0,7	1,2	3,3	[2,0 ; 5,5]
Ouvriers	-1-	-1-	2,8	[1,8 ; 4,3]	-1-	-1-	5,8	[2,1 ; 16,0]

* Le ratio de genre est l'OR associé au genre masculin (par rapport au genre féminin) dans chaque catégorie. En gras figurent les OR significatifs au seuil de 5% (test de Wald). Tous les OR présentés dans le tableau sont ajustés sur l'âge.
Lecture : voir tableau 4.
Champ : 18-25 ans et 26-54 ans hors retraités. France métropolitaine.
Sources : Baromètre Santé 2005, INPES.

Consommation de cannabis (suite)

(tableau 4). Ainsi, les personnes dont le parcours scolaire est le plus long semblent donc, plus souvent que les autres, goûter épisodiquement au cannabis, mais ils s'engagent plus rarement dans des consommations fréquentes. Ceci pourrait résulter à la fois d'une valorisation des expériences et d'une attention supérieure portée à la santé et au corps. Ces variations diffèrent toutefois légèrement suivant le sexe. Plus le niveau de diplôme est

élevé et moins se trouvent des usagers réguliers parmi les hommes, alors que ce n'est pas le cas parmi les femmes.

Globalement, malgré des différences observées selon le sexe, les usages masculins et féminins tendent à converger avec l'élévation du niveau social ou de diplôme. ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA FICHE •
OFDT - INPES

synthèse

Le cannabis est la première substance psychoactive consommée en France. Son usage est masculin, mais davantage féminisé que celui de l'alcool. En 2005, dans l'enquête baromètre Santé, 23,5 % des femmes âgées de 15 à 64 ans déclarent avoir expérimenté l'usage de cannabis au cours de leur vie et 2,5 % déclarent en avoir consommé dans le mois précédent.

Il existe d'importantes variations de niveaux d'usage suivant l'âge et le sexe, mais également le milieu social. Les femmes occupant des positions sociales élevées (identifiées par le niveau de diplôme ou la profession et catégorie sociale) ont tendance à consommer plus que les autres, alors que cet effet est moins sensible parmi les hommes. De plus, entre 18 et 25 ans, pour suivre ses études au-delà du baccalauréat – relativement à l'exercice d'une activité professionnelle – est associé à un usage de cannabis plus fréquent pour les femmes, alors que ce n'est pas le cas parmi les hommes. En revanche, le chômage reste, pour les femmes comme pour les hommes, une situation fortement liée à une consommation de cannabis plus fréquente. Les femmes ont généralement une perception accrue des dangers du cannabis, mais cet écart entre les sexes s'estompe à niveau d'usage identique.

Tableau 3 • Risque* de consommation régulière de cannabis associé par PCS parmi les actifs occupés, par sexe

	Usage au cours des 12 derniers mois				Usage régulier			
	Hommes		Femmes		Hommes		Femmes	
	OR	OR	OR	IC 95 %	OR	OR	OR	IC 95 %
Agriculteurs	0,6	0,5	3,6	[0,5 ; 28,9]	0,5	3,9	0,9	[0,1 ; 9,0]
Artisans, commerçants	1,3	2,1	1,7	[1,0 ; 2,8]	0,9	3,1	1,7	[0,7 ; 4,2]
Cadres	1,2	1,3	2,5	[1,8 ; 3,6]	0,6	1,8	2,1	[1,0 ; 4,2]
Prof. intermédiaires	1,1	1,1	2,9	[2,2 ; 3,7]	0,9	1	5,5	[3,1 ; 9,6]
Employés	0,7	0,9	2,4	[1,8 ; 3,2]	0,7	1,2	3,3	[2,0 ; 5,5]
Ouvriers	-1-	-1-	2,8	[1,8 ; 4,3]	-1-	-1-	5,8	[2,1 ; 16,0]

* Le ratio de genre est l'OR associé au genre masculin (par rapport au genre féminin) dans chaque catégorie. En gras figurent les OR significatifs au seuil de 5% (test de Wald). Tous les OR présentés dans le tableau sont ajustés sur l'âge.

Lecture : voir tableau 4.

Champ : Personnes âgées de 18-64 ans. France métropolitaine.

Sources : Baromètre Santé 2005, INPES.

Tableau 4 • Risque* de consommation de cannabis associé au niveau d'éducation, par sexe

	Usage au cours des 12 derniers mois				Usage régulier			
	Hommes		Femmes		Hommes		Femmes	
	OR	OR	OR	IC 95 %	OR	OR	OR	IC 95 %
<Bac (référence)	-1-	-1-	3,0	[2,6 ; 3,6]	-1-	-1-	5,1	[3,8 ; 7,0]
Bac	1,0	1,3	2,3	[1,9 ; 2,9]	0,7	1,4	2,3	[1,7 ; 3,2]
Bac + 2	1,0	1,1	2,7	[2,1 ; 3,5]	0,6	1,1	2,9	[1,8 ; 4,6]
Bac + 3/4	1,5	1,8	2,5	[2,0 ; 3,2]	0,7	1,2	3,0	[1,7 ; 5,0]
Bac + 5 et au-delà	1,3	1,4	2,9	[2,0 ; 4,1]	0,5	0,7	3,9	[1,6 ; 9,4]

* Le ratio de genre est l'OR associé au sexe masculin (par rapport au sexe féminin) dans chaque catégorie. En gras figurent les OR significatifs au seuil de 5% (test de Wald). Tous les OR présentés dans le tableau sont ajustés sur l'âge.

Lecture :

– Les femmes dont le niveau d'éducation est Bac + 3/4 déclarent significativement plus souvent avoir consommé du cannabis au cours des 12 derniers mois que les femmes dont le niveau est inférieur au bac, à âge égal (OR = 1,8).

– Ratio de genre : les hommes déclarent significativement plus souvent que les femmes consommer du cannabis, à âge égal pour chaque niveau d'éducation défini. Les différences hommes/femmes sont d'autant plus importantes que la valeur de l'OR est élevée. Elles ont tendance à être plus importantes parmi les non diplômés.

Champ : Personnes âgées de 18-64 ans. France métropolitaine.

Sources : Baromètre Santé 2005, INPES.

CHAMP • Personnes francophones vivant en ménages ordinaires résidant en France métropolitaine dont un membre au moins est âgé 12 à 75 ans.

SOURCES • Baromètre Santé de l'INPES. En 2000, l'enquête a été réalisée par téléphone auprès des 12-75 ans et les personnes inscrites sur liste rouge ont été rajoutées à l'échantillon (n = 13685). En 2005, l'INPES a décidé d'accroître la taille de cet échantillon téléphonique classique et de le compléter par un échantillon de personnes détenant uniquement un téléphone portable et pas de téléphone fixe (soit au total n = 30514).

MÉTHODOLOGIE • Ces enquêtes téléphoniques déclaratives utilisent la technique du sondage aléatoire. Elles interrogent les Français sur leurs attitudes, comportements, connaissances et opinions en matière de santé. Le mode de tirage est dit à deux degrés : un premier tirage au sort est effectué dans une base de numéros téléphoniques afin d'obtenir un ménage. Il est procédé ensuite au tirage au sort d'un individu à l'intérieur même du ménage, individu à qui il est affecté une probabilité de tirage dépendant de la constitution du ménage.

CONSTRUCTION DES INDICATEURS • Il s'agit de déclarations de consommations à des questions portant sur la vie, l'année et les trente derniers jours précédant l'enquête. L'usage régulier désigne la déclaration d'au moins dix épisodes de consommations au cours des 30 derniers jours.

LIMITES ET BIAS • Les taux de refus observés dans les enquêtes téléphoniques ont eu tendance à augmenter depuis le début des années 2000.

RÉFÉRENCES •

- Beck F., Guilbert P., 2007, « Baromètres Santé : un éclairage sur leur méthode et leur évolution », in Beck F., Guilbert P., Gautier A., *Baromètre Santé 2005 : Attitudes et comportements de santé*, INPES, 27-43.
- Beck F., Legleye S., Spilka S., 2007, « Cannabis, cocaïne, ecstasy : entre expérimentation et usage régulier », in Beck F., Guilbert P., Gautier A., *Baromètre Santé 2005 : Attitudes et comportements de santé*, INPES, 168-221.
- Beck F., Legleye S., Maillachon F., de Peretti G., 2008, « Le rôle du milieu social dans les usages de drogues des hommes et des femmes? », *France portrait social, Regards sur la parité*, INSEE, février, 65-82.
- Beck F., Legleye S., Spilka S., « Drogues », in Beck F., Guilbert P., Gautier A., 2007, *Baromètre Santé 2005*, INPES.
- Beck F., Legleye S., Maillachon F., de Peretti G., 2008, « Le rôle du milieu social dans les usages de drogues des hommes et des femmes? », *France Portrait social, Regards sur la parité*, INSEE, 65-82, février.
- Beck F., Legleye S., Peretti-Watel P., « Penser les drogues : Perceptions des produits et des politiques publiques EROPP 2002 », *Rapport OFDT*, 228 p.
- Legleye S., Choquet M., Spilka S., Hassler C., Le Nézet O., « Les usages de drogues des élèves de 16 ans en France en 2007, premiers résultats de l'enquête ESPAD », *Tendances*, OFDT, 4 p.
- Observatoire européen des drogues et toxicomanies (OEDT), 2005, *Annual report on the state of the drugs problem in the European Union and Norway*, Lisbonne, EMCDDA, 108.
- Obradovic I., 2006, « Premier bilan des "consultations cannabis" », *Tendances*, OFDT, 50 : 1-5.
- Substance abuse and mental health services administration (SAMHSA), 2002, « Summary of findings from the 2001 national household survey on drug abuse », Rockville, MD : Office of applied studies.

Usages « problématiques » de drogues

En France, la question des addictions est généralement traitée sans prendre en compte la dimension de genre. Ainsi, la population des femmes usagères de drogues (UD) illicites est mal connue¹. Et pourtant, ces femmes s'exposent à de nombreux risques sanitaires [Vidal-Trécan, 1998] et sociaux. Dans la littérature internationale, en revanche, les publications relatives aux femmes UD sont plus nombreuses. Cette population y est souvent appréhendée à travers la consommation de crack ; elle y est décrite comme particulièrement précaire et marquée par un cumul de handicaps sociaux et psychologiques. Nous présentons ici des données françaises issues des deux volets épidémiologique et socio-anthropologique de l'enquête Coquelicot menée par l'InVS entre 2004 et 2007 [Jauffret-Roustide, 2006 et 2008]. Dans ces volets, il est demandé aux femmes usagères de drogues illicites de s'exprimer sur leurs trajectoires de vie, leur état de santé, leurs consommations de produits et leurs prises de risques liées à l'usage de drogues et à la sexualité.

■ DES TRAJECTOIRES DE VIE CHAOTIQUES POUR DES FEMMES AYANT QUITTÉ TÔT LE DOMICILE PARENTAL

Dans le volet épidémiologique, 1 461 usagers de drogues illicites ont été inclus, dont 26 % de femmes (N = 336) et 74 % d'hommes (N = 1 125). Leur âge moyen est respectivement de 34,5 ans et 35,6 ans. Dans le volet socio-anthropologique, 87 entretiens ont été réalisés auprès de 30 femmes et 57 hommes.

Les trajectoires des femmes usagères de drogues illicites sont souvent chaotiques, scandées par des ruptures de vie dès l'enfance. À l'âge de 16 ans, un tiers d'entre elles ne vivaient déjà plus dans leur famille (tableau 1). Depuis leur majorité, 58 % des femmes usagères de drogues illicites ont déjà dormi dans la rue au moins une fois en raison de l'absence de domicile personnel. Les résultats de l'étude qualitative montrent que durant l'enfance et l'adolescence, les femmes interrogées sont fréquemment victimes de violences verbales ou physiques ainsi que d'abus sexuels au sein de la famille. L'entrée dans la consommation de drogues est d'ailleurs présentée comme un moyen de fuir les violences au sein de la sphère familiale. L'éloignement de la famille se confond souvent avec l'initiation à la sexualité et aux drogues et marque le point de départ d'une dépendance au conjoint pour l'approvisionnement en produits.

Au moment de l'enquête, seules 17 % des femmes usagères de drogues illicites ont un niveau d'études supérieur et la majorité est exclue du monde du travail (75 % d'entre elles ne travaillent pas) à l'instar des hommes usagers. 60 % ne vivent pas seules et 47 % se déclarent en couple. Dans les entretiens, les

femmes décrivent fréquemment une situation de dépendance vis-à-vis de leur conjoint, et en particulier pour l'achat de produits psychoactifs. Cette confusion des rôles entre dealer et partenaire sexuel peut alors être vécue comme la cause d'une escalade dans la consommation puis d'un enfermement dans la dépendance. Cet accès privilégié aux produits par le biais du conjoint peut toutefois constituer un facteur de protection des femmes vis-à-vis des autres conduites délictueuses (vols, deal) plus souvent observées chez les hommes. D'ailleurs, elles ont moins souvent connu un épisode d'incarcération que les hommes dans la vie (39 % contre 69 %).

■ DES PROBLÈMES DE SANTÉ SPÉCIFIQUES

Concernant les problèmes de santé rencontrés au cours des six derniers mois, si les niveaux d'appréciation de leur état de santé sont similaires entre femmes et hommes (plus de 50 % d'entre eux estiment que leur état de santé est plutôt bon et 10 % très bon), certains troubles sont plus fréquemment rapportés par les femmes. Ainsi, les femmes déclarent plus souvent des gonflements des mains et des pieds (29 %) et des troubles oculaires (40 %) (tableau 2). Les autres problèmes de santé rencontrés par les femmes, dans des proportions similaires aux hommes, sont les problèmes dentaires (52 %), des troubles psychologiques (50 %), des abcès (17 %), de l'épilepsie (10 %) et des IST (10 %).

La prévalence biologique du VIH est de 16 % chez les femmes, 56 % sont séropositives pour le VHC. Les femmes UD ont un excellent niveau de dépistage dans la vie tant pour le VIH (99 %) que pour le VHC (98 %) (tableau 2).

Globalement, comme dans la population générale, ces résultats montrent que les femmes semblent plus à l'écoute de leurs symptômes et adoptent plus fréquemment des attitudes préventives que les hommes. Deux hypothèses peuvent éclairer le meilleur niveau de dépistage dans la vie : soit les femmes prennent globalement plus soin de leur santé que les hommes, soit elles s'exposent plus au risque et ont donc plus de raisons « objectives » d'avoir recours au dépistage.

■ UNE SURCONSOMMATION FÉMININE DE CRACK, SULFATES DE MORPHINE ET DE SOLVANTS

Concernant les produits consommés dans le dernier mois, les femmes ont un rapport similaire aux hommes vis-à-vis de la cocaïne (27 %), l'héroïne (24 %) et l'ecstasy (16 %). Elles se distinguent des hommes par une consommation plus importante de crack/ *free base* (42 %), de sulfates de morphine (20 %) et de solvants (3 %) ; à l'inverse par une moindre consommation d'alcool de manière quotidienne (21 %), d'amphétamines (3 %), d'hallucinogènes (1 %) et de stimulants (0,4 %) (tableau 3).

Les femmes ont moins recours que les hommes à l'injection dans la vie (59 % contre 74 %). Le recours à l'injection dans le dernier

1. Le rapport aux drogues peut être envisagé autour de la question de l'expérimentation dans la vie ou de l'usage actuel. Dans le cadre de l'usage actuel peuvent également être distingués l'usage occasionnel et l'usage régulier. Dans cette fiche, nous nous intéressons aux femmes qui ont un usage problématique de produits autres que le tabac, l'alcool, les médicaments ou le cannabis.

Dans les tableaux suivants ne sont présentées que les données pour lesquelles il existe des différences significatives ($p < 0,05$) entre les femmes et les hommes.

Tableau 1 • Caractéristiques sociodémographiques

	Femmes N total*	% **	Hommes N total*	% **	P-Value
Vit en couple	334	47,0	1 120	22,9	0,000
A des enfants	336	60,5	1 120	46,7	0,03
Vit seul	317	38,4	1 085	60,0	0,006
Antécédent d'incarcération	336	39,3	1 122	68,7	0,000
Ressources (allocations)	329	15,4	1 102	2,3	0,003
Pension alimentaire	329	1,3	1 102	0	0,000
Vit chez un membre famille à 16 ans	336	71,7	1 125	82,5	0,05

* Le N total correspond au nombre de personnes ayant répondu à la question.

** Les effectifs ne sont pas présentés car les données sont pondérées.

Champ : Comparaison entre les hommes et les femmes ayant répondu à l'enquête ANRS-Coquelicot 2004, France.

Sources : Enquête ANRS – Coquelicot 2004, France.

Tableau 2 • État de santé et dépistage VIH et VHC

	Femmes N total*	% **	Hommes N total*	% **	P-Value
Gonflements mains/pieds six derniers mois	336	28,6	1 125	15,6	0,008
Troubles oculaires six derniers mois	336	40,1	1 125	26,1	0,04
Dépistage VIH dans la vie	333	99,2	1 120	94,1	0,000
Dépistage VHC dans la vie	323	98,2	1 092	89,1	0,000
Dépistage VIH et VHC dans la vie	321	98,2	1 089	88,2	0,000

* Le N total correspond au nombre de personnes ayant répondu à la question.

** Les effectifs ne sont pas présentés car les données sont pondérées.

Champ : Comparaison entre les hommes et les femmes ayant répondu à l'enquête ANRS-Coquelicot 2004, France.

Sources : Enquête ANRS – Coquelicot 2004, France.

Tableau 3 • Consommations de produits psychoactifs et pratiques à risque

	Femmes N total*	% **	Hommes N total*	% **	P-Value
Injection dans la vie	336	59,2	1 123	73,9	<0,020
Consommation de crack (dernier mois)	336	41,8	1 125	25,3	0,020
Consommation de sulfates morphine (dernier mois)	336	20,4	1 125	10,2	0,010
Consommation de solvants (dernier mois)	336	2,5	1 125	0,3	0,000
Consommation de stimulants (dernier mois)	336	0,4	1 125	4,1	0,000
Consommation d'amphétamines (dernier mois)	336	2,9	1 125	7,9	0,001
Consommation d'hallucinogènes (dernier mois)	336	0,9	1 125	4,5	0,005
Consommation quotidienne d'alcool	336	20,8	1 125	29,2	0,020
Partage de seringue (dernier mois)	77	25,4	309	10,6	0,020
Partage de récipient, cuiller	75	22,2	291	5,5	0,000
Partage de filtre	74	26,2	291	4,2	0,030
Don de seringue usagée à un ami	75	18,3	290	4,5	0,010
Injection avec seringue d'un ami	74	0,6	293	3,2	0,030

* Le N total correspond au nombre de personnes ayant répondu à la question.

** Les effectifs ne sont pas présentés car les données sont pondérées.

Champ : Comparaison entre les hommes et les femmes ayant répondu à l'enquête ANRS-Coquelicot 2004, France.

Sources : Enquête ANRS – Coquelicot 2004, France.

Usages « problématiques » de drogues (suite)

mois est rapporté pour 40 % d'entre elles, de manière similaire aux hommes. Parmi les UD qui ont eu recours à l'injection dans le dernier mois, les femmes sont plus nombreuses à s'engager dans des prises de risques liées à l'injection. Un quart d'entre elles déclarent avoir partagé leur seringue dans le dernier mois (tableau 4). La pratique de partage du matériel concerne 56 % des femmes de manière globale. Le volet qualitatif fait apparaître que les pratiques de partage du matériel lié à la consommation de drogues (seringue, cuiller, filtre) chez les femmes se déroulent le plus souvent au sein du couple. Les femmes étant plus dépendantes des autres usagers de drogues et en particulier de leur conjoint pour l'obtention de produit, la possibilité de consommer est étroitement liée aux occasions offertes par les autres consommateurs. Cette absence de maîtrise des circonstances de l'acte de consommer constitue un frein pour avoir à sa disposition du matériel d'injection stérile et favorise ainsi l'exposition au risque vis-à-vis du VIH et des hépatites. L'importance du partage du filtre chez les femmes symbolise ce manque d'autonomie, les filtres abandonnés par les autres UD étant un moyen de consommer des résidus de produit de manière économique.

■ UNE VULNÉRABILITÉ IMPORTANTE FACE AU RISQUE SEXUEL

Les figures de partenaire sexuel et de fournisseur principal de produits se confondent souvent pour les femmes usagères de drogues. La proportion de femmes déclarant avoir des partenaires occasionnels dans les six derniers mois est équivalente à celle des hommes. En revanche, leurs partenaires sont plus souvent usagers de drogues (81 % pour les femmes contre 54 % pour les hommes). Dans le cadre

des relations avec un partenaire occasionnel, 39 % des femmes n'ont pas utilisé de préservatif lors de leur dernier rapport sexuel (tableau 4). Le volet qualitatif met en évidence que les relations sexuelles des femmes usagères se déroulent souvent dans un contexte de contrainte. Les rapports sexuels au sein du couple peuvent être négociés en échange de produits. Pour certaines femmes, l'effet désinhibiteur des drogues est invoqué comme une justification de l'acceptation de la contrainte et permet d'atténuer un éventuel sentiment de culpabilité à accepter certaines formes de sexualité. Le recours à la prostitution (considéré comme avoir eu des rapports sexuels contre des drogues ou de l'argent) concerne un tiers des femmes dans les six derniers mois (tableau 4).

■ UNE FORTE EXPOSITION AUX RISQUES DUE À LA CONSOMMATION DE PRODUITS ET À LA SEXUALITÉ

La confrontation des données épidémiologiques et socio-anthropologiques issues de l'enquête Coquelicot met en évidence que les femmes usagères de drogues sont dans une situation de double fragilité dans la sphère de la consommation de produits et de la sexualité. Elles peuvent être qualifiées de « vulnérables parmi les vulnérables » face aux risques infectieux (particulièrement du VIH et des hépatites).

Les résultats nationaux issus de l'enquête Coquelicot sont comparables aux niveaux de précarité sociale et de prises de risques liées aux drogues présents dans les dispositifs d'observation nationaux auprès des populations ayant un usage problématique de drogues tels que TREND ou RECAP de l'OFDT. Les données Coquelicot sont également confortées dans leur complexité par la littérature internationale qui met en évidence la dépendance des femmes usagères vis-à-vis de leur conjoint [Hser, 1987] qui est souvent le détenteur du produit, l'initiateur aux drogues et à l'injection [Krahl, 1999] et leur forte exposition au risque de partage du matériel lié à l'injection en raison de leur manque d'autonomie quant au choix des circonstances de consommation. La littérature internationale met également en exergue la contrainte sexuelle à laquelle ces femmes sont soumises [Rosenbaum, 1981]. La prévention auprès de ces femmes est complexe et doit pouvoir prendre en compte les déterminants biologiques, comportementaux et sociaux des prises de risques et proposer des approches à la fois individuelles et communautaires [Latka, 2003]. ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA FICHE • InVS

synthèse

Les données issues de l'enquête Coquelicot entre 2004 et 2007 montrent que les femmes UD ont des trajectoires de vie particulièrement chaotiques et ont été fréquemment victimes de violences durant l'enfance et l'adolescence. C'est dans ce contexte qu'elles s'initient aux drogues par le biais de rencontres amoureuses et se situent ensuite dans une relation de dépendance au conjoint. Elles consomment plus fréquemment du crack/free base et adoptent plus de comportements à risques vis-à-vis de l'injection. Elles sont souvent soumises à la contrainte sexuelle et à la prostitution. Ces femmes UD sont confrontées à une double fragilité vis-à-vis du VIH et du VHC liée au contexte de leur consommation de drogues et de leur sexualité.

Tableau 4 • Sexualité et prises de risque

	Femmes N total*	% **	Hommes N total*	% **	P-Value
Relations sexuelles 6 derniers mois	336	89,2	1 125	74,9	0,000
Partenaire occasionnel UD	77	80,9	283	58,3	0,03
Sexualité contre drogues	77	32,1	283	2,1	0,000
Sexualité contre argent	77	72,5	283	3,2	0,000
Prostitution	336	29,2	1 125	1,0	0,000

* Le N total correspond au nombre de personnes ayant répondu à la question.

** Les effectifs ne sont pas présentés car les données sont pondérées.

Champ : Comparaison entre les hommes et les femmes ayant répondu à l'enquête ANRS-Coquelicot 2004, France.

Sources : Enquête ANRS – Coquelicot 2004, France.

CHAMP • Usage problématique de drogues illicites (hors cannabis) chez les femmes.

SOURCES • Enquête ANRS-Coquelicot. Cette enquête comporte un volet séro-épidémiologique réalisé fin 2004 par l'InVS en collaboration avec l'INED et le CNR du VIH de Tours, et un volet socio-anthropologique réalisé par l'InVS en collaboration avec le CESAMES (CNRS-INSERM-ParisV) entre 2005 et 2007. Pour le volet épidémiologique, la population a été recrutée dans des dispositifs de prise en charge et de réduction des risques et chez des médecins généralistes prescripteurs de traitements de substitution aux opiacés (TSO) dans cinq villes (Lille, Strasbourg, Paris, Bordeaux, Marseille). Il s'agit d'une enquête transversale avec plan de sondage. Un questionnaire sociocomportemental (N = 1462) était réalisé auprès des UD par des enquêteurs extérieurs aux dispositifs et l'UD procédait à un autoprélèvement de sang au doigt pour l'obtention de données de séroprévalence du VIH et du VHC. Dans le volet qualitatif, les UD étaient recrutés hors structure au moment de l'enquête pour les trois quarts d'entre eux. Des entretiens semi-directifs (N = 87) et des observations ethnographiques ont été effectués.

LIMITES D'INTERPRÉTATION • L'enquête épidémiologique ne porte pas sur les populations d'UD dites cachées (ne fréquentant pas les dispositifs de prévention et de prise en charge). Pas de couverture nationale.

RÉFÉRENCES •

- Hser Y., Anglin M., Booth M., 1987, « Sex differences in addict careers. 3. Addiction », *Am J Drug Alcohol Abuse* 13 : 231-51.
- Jauffret-Roustide M., Oudaya L., Rondy M., Kudawu Y., Le Strat Y., *et al.*, 2008, « Trajectoires de vie et prises de risques liées à l'usage de drogues et à la sexualité chez les femmes usagères de drogues », Étude ANRS-Coquelicot, Médecine Science.
- Jauffret-Roustide M., Oudaya L., Rondy M., Le Strat Y., Couturier E., Mouglin C., Emmanuelli J., Desenclos J.-C., 2009, « Femmes usagères de drogues et pratiques à risque de transmission du VIH et des hépatites. Complémentarité des approches épidémiologique et socio-anthropologique, Enquête Coquelicot 2004-2007, France », *InVS, Bull Epidemiol Hebd*, 10-11, mars.
- Jauffret-Roustide M., Emmanuelli J., Quaglia M., Arduin P., Laporte A., Desenclos J.-C., 2006, « Impact of a harm reduction policy on HIV and HCV transmission among drug-users. Recent French Data », *The ANRS-Coquelicot Study, Substance Use and Misuse*, vol. 41, 10-12 : 1603-22.
- Jauffret-Roustide M., Couturier E., Le Strat Y., Barin F., Emmanuelli J., Semaille C. *et al.*, 2006, « Estimation de la séroprévalence du VIH et du VHC et profils des usagers de drogues en France », étude InVS-ANRS Coquelicot-2004, *Bull Epidemiol Hebd*, 33 : 244-7.
- Jauffret-Roustide M., 2006, « Sciences sociales et épidémiologie : des approches méthodologiques qui se complètent, à propos de la question des pratiques à risque chez les usagers de drogues », *Bull Epidemiol Hebd*, 2/3 : 21-3.
- Krahl A.H., Blumenthal R.N., Erringer E.A., Lorvick J., Edlin B.R., 1999, « Risk factors among IDUs who give injections to or receive injections from other drug users », *Addiction*, 94 : 675-83
- Latka M., 2003, « Drug using women need comprehensive sexual risk reduction interventions », *Clin Infect Dis*, 37 (suppl 5) : S445-450.
- Rosenbaum M., 1981, « Women on heroin », *New Brunswick*, NJ, Rutgers University Press.
- Vidal-Trécan G., Coste J., Coeuret M., Delamare N., Varescon Pousson I., Boissonas A., 1998, « Les comportements à risques des usagers de drogues par voie intraveineuse : les femmes prennent-elles plus de risques de transmission des virus VIH et VHC? », *Rev Epidemiol Santé Publ.*, 46 : 193-204.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • InVS.

santé mentale



Troubles des conduites alimentaires

Les troubles des conduites alimentaires (TCA) sont classés parmi les affections psychiatriques. Parmi ces troubles figurent l'anorexie mentale (AM), la boulimie nerveuse (BN) et les autres troubles non classés par ailleurs qui ne comportent que certains des symptômes de l'anorexie mentale ou de la boulimie nerveuse ou sont des formes atténuées de ces troubles (formes pauci symptomatiques).

Bien qu'ils ne soient pas mentionnés dans la loi de santé publique de 2004, la ministre de la Santé a déclaré souhaiter faire des risques liés à la condition féminine en matière de nutrition une de ses priorités, et en particulier l'anorexie des adolescentes qui constitue selon elle un grand enjeu de santé publique¹.

Du fait du manque d'études nationales, sont présentées ici principalement des données issues de travaux internationaux, sauf exception comme ceux issus de l'Étude nationale nutrition santé (ENNS) menée en 2006. Cette étude permet de disposer de données sur la maigreur (tableau 1, graphique 1a, 1b, 2a, 2b), un état qui n'est pas synonyme de troubles de conduite alimentaire mais témoigne de l'existence de sujets potentiellement à risque. Une étude épidémiologique nationale est en cours². À noter que les éléments présentés dans cette fiche ont été partiellement publiés dans un rapport du Sénat en juillet 2008.

■ L'ANOREXIE MENTALE ET LA BOULIMIE NERVEUSE CONCERNENT D'AVANTAGE LES ADOLESCENTES ET LES JEUNES FEMMES

Des travaux récents ont établi que l'anorexie mentale et la boulimie nerveuse touchaient respectivement 0,9 % et 1,5 % des femmes et 0,3 % et 0,5 % des hommes [Hudson, 2007]. À la fin des années 1980, une étude indiquait déjà une prévalence de la boulimie nerveuse de l'ordre de 1,5 % parmi les jeunes âgés de 11 à 20 ans tous sexes confondus [Ledoux, 1991]. Les formes pauci symptomatiques, facteurs de risque de troubles physiques et psychiques à l'âge adulte, sont entre 2 et 10 fois plus fréquentes selon les études [Johnson *et al.*, 2002 ; Keel *et al.*, 2003 ; Kendler *et al.*, 1991 ; Keski-Rahkonon *et al.*, 2007]. Cette fourchette très large d'estimation est liée à une grande variabilité des critères diagnostiques retenus et incite à la plus grande prudence quant à la manipulation des résultats. Les crises de boulimie, quant à elles, concernent 28 % des adolescentes et les stratégies de contrôle du poids 19 % [Flament, 1995 ; Kendler *et al.*, 1991]. La moitié des sujets ne sont pas traités [Keski-Rahkonon *et al.*, 2007].

■ LES INCIDENCES DE L'ANOREXIE MENTALE ET DE LA BOULIMIE NERVEUSE MAL CONNUES

Les incidences de l'anorexie mentale et de la boulimie nerveuse sont mal connues [Currin *et al.*, 2005], et varient en fonction des popula-

tions étudiées. Ainsi, parmi les consultants en médecine générale [Hoek, 2006] observe une incidence de 8 nouveaux cas par an pour 100 000 personnes pour l'anorexie mentale et de 12 nouveaux cas par an pour 100 000 personnes pour la boulimie nerveuse. Une autre étude réalisée parmi une population finlandaise de jumeaux âgés de 15 à 19 ans met en évidence une incidence de l'anorexie mentale de 270 cas pour 100 000 personnes [Keski-Rahkonon *et al.*, 2007].

■ L'ANOREXIE MENTALE, UNE PATHOLOGIE QUI SURVIENT À DES ÂGES PLUS PRÉCOCES QUE LA BOULIMIE NERVEUSE

La courbe de fréquence de l'anorexie mentale présente deux pics autour de 14 ans et de 18 ans représentant les deux âges auxquels apparaît plus spécifiquement ce trouble du comportement alimentaire. Cependant, l'âge de début tend à baisser et des formes très précoces d'anorexie mentale (dès l'âge de huit ans) sont signalées comme particulièrement sévères [Gowers, 2004]. L'âge au début de la boulimie nerveuse est plus tardif, aux environs de 19-20 ans (American psychiatric association, 1994).

■ LA FAIBLE ESTIME DE SOI : UN FACTEUR FAVORISANT LE DÉVELOPPEMENT DE L'ANOREXIE MENTALE ET LA BOULIMIE NERVEUSE

Dans une revue de la littérature, Stice *et al.* (2002) montrent que les principaux facteurs de

risque associés à la boulimie nerveuse sont de différentes natures. On relève aussi bien l'insatisfaction corporelle, les affects négatifs, le perfectionnisme, l'impulsivité, le sentiment d'une pression sociale à être mince, l'intégration d'un idéal de minceur, une faible estime de soi ou encore des règles précoces. Concernant l'anorexie mentale, ces mêmes chercheurs pointent deux principaux déterminants : le perfectionnisme et une faible estime de soi.

■ LES COMPLICATIONS LIÉES AUX TROUBLES DES CONDUITES ALIMENTAIRES SONT NOMBREUSES ET GRAVES

Les complications somatiques des troubles des conduites alimentaires sont nombreuses et graves, mais leur fréquence est mal connue. Ces complications sont aiguës ou tardives, liées à la dénutrition et/ou aux vomissements (troubles cardiaques, digestifs, métaboliques, dentaires, rénaux, ostéoporotiques et infectieux). Les comorbidités psychiatriques sont très fréquentes : dépression, anxiété, troubles de la personnalité, abus de substances. Une étude française a montré que les symptômes alimentaires sont associés à une augmentation de la fréquence des pensées suicidaires chez les 12-19 ans [Guilbert *et al.*, 2001]. Les tentatives de suicide toucheraient entre 3 % et 20 %

1. www.sante.gouv.fr/htm/actu/33_070911rbn.pdf

2. L'enquête sur la santé et les consommations lors de la journée d'appel de préparation à la défense (Escapad), sous la direction de Stéphane Legleye, OFDT.

Tableau 1 • Distribution (%) des sujets en état de maigreur selon le sexe et le groupe d'âges (2006-2007)

	Filles				Garçons			
	Total	3-7 ans	8-12 ans	13-17 ans	Total	3-7 ans	8-12 ans	13-17 ans
IMC < 18,5	9,5	8,7	7,3	10,1	8,8	11,1	10,0	7,1

Lecture : Selon les références de maigreur utilisées la proportion de sujets en situation de maigreur chez les sujets âgés de 8 à 18 ans varie de entre 0,1 % à 10 %. Tous ces sujets ne souffrent pas de TCA, mais cela contribue à expliquer la variabilité des indicateurs de fréquence de l'anorexie mentale : en fonction du seuil de maigreur choisi ceux-ci peuvent varier de 1 à 10.

Champ : France métropolitaine (hors Corse), population d'enfants âgés de 3 à 17 ans résidant en ménage ordinaire contacté aléatoirement d'après des listes téléphoniques de fixes et de portables.

Sources : Étude nationale nutrition santé (ENNS) 2006-2007.

CHAMP • France métropolitaine (hors Corse), population d'enfants âgés de 3 à 17 ans résidant en ménage ordinaire contacté aléatoirement d'après des listes téléphoniques fixes et de portables.

SOURCES • Étude nationale nutrition santé (ENNS) 2006-2007.

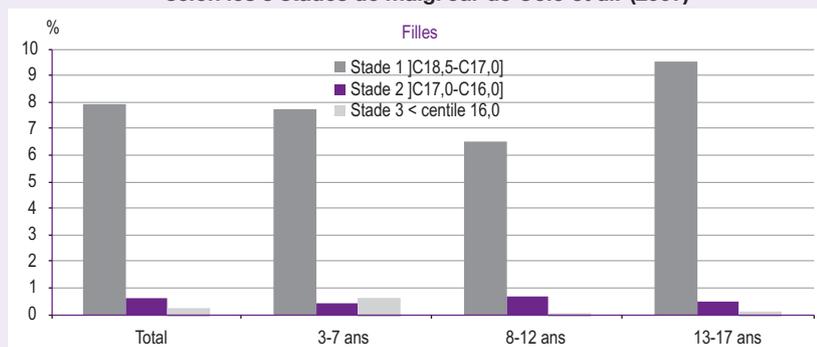
MODE DE CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • Données mesurées de poids et de taille. Indice de masse corporelle (MC) = Poids(kg) / Taille(m)². Classification des enfants d'après les références pour la maigreur selon l'âge et le sexe de Cole *et al.* (grade 1 : courbe de centiles passant par 18,5 à l'âge de 18 ans ; grade 2 : courbe de centiles passant par 17,0 à l'âge de 18 ans ; grade 3 : courbe de centiles passant par 16,0 à l'âge de 18 ans) et les références françaises (3^e et 10^e percentiles). Données pondérées et redressées.

LIMITES ET BIAIS • Les DOM ne sont pas représentés. La population d'étude est la population résidant en domicile ordinaire excluant de ce fait les populations en institution.

RÉFÉRENCES •

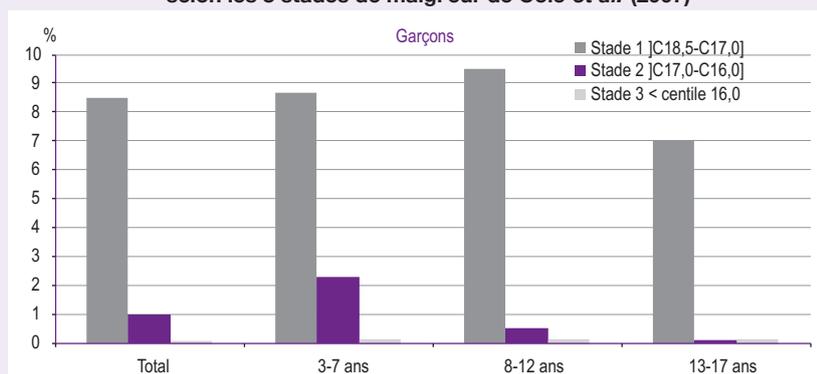
- Unité de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle (USEN), 2007, « Étude nationale nutrition santé (ENNS, 2006). Situation nutritionnelle en France en 2006 selon les indicateurs d'objectifs et les repères du Programme national nutrition santé (PNNS) », Rapport Institut de veille sanitaire, université de Paris 13, Conservatoire national des arts et métiers, décembre.

ORGANISME RESPONSABLE DE L'ENQUÊTE • USEN (InVS – Paris 13 – CNAM).

Graphique 1a • Distribution de la maigreur en population française avant 18 ans selon les 3 stades de maigreur de Cole *et al.* (2007)

Champ : France métropolitaine (hors Corse), population d'enfants âgés de 3 à 17 ans résidant en ménage ordinaire contacté aléatoirement d'après des listes téléphoniques de fixes et de portables.

Sources : Étude nationale nutrition santé (ENNS) 2006-2007.

Graphique 1b • Distribution de la maigreur en population française avant 18 ans selon les 3 stades de maigreur de Cole *et al.* (2007)

Champ : France métropolitaine (hors Corse), population d'enfants âgés de 3 à 17 ans résidant en ménage ordinaire contacté aléatoirement d'après des listes téléphoniques de fixes et de portables.

Sources : Étude nationale nutrition santé (ENNS) 2006-2007.

Troubles des conduites alimentaires (suite)

des personnes souffrant de l'anorexie mentale et entre 25 % et 35 % de ceux souffrant de la boulimie nerveuse [Flament, 1995].

■ DEUX FACTEURS CLÉS POUR UN PRONOSTIC FAVORABLE : UN ÂGE DE DÉBUT PRÉCOCE ET UN DÉLAI COURT ENTRE LE DÉBUT DES SYMPTÔMES ET CELUI DES SOINS

Les personnes atteintes de troubles du comportement alimentaire peuvent guérir. L'évolution des troubles des conduites alimentaires a souvent été étudiée en population clinique mais peu en population générale. Chez les malades traités en clinique, la synthèse des données des 119 principales études publiées entre 1950 et 2000 fait le constat que 47 % des personnes ayant été touchées par l'anorexie mentale guérissent, 34 % voient leur état s'améliorer, 21 % présentent un trouble du comportement alimentaire chronique, 5 % sont décédées. Le pronostic ne semble pas s'être amélioré au cours du ^{xx}e siècle. Deux facteurs sont liés à un pronostic favorable : un âge de début précoce de l'anorexie et un délai court entre le début des symptômes et le début des soins. Ces éléments plaident en faveur du développement d'actions de dépistage précoce des troubles des conduites alimentaires. En population générale,

la durée moyenne d'évolution de l'anorexie est de 1,7 an et celle de la boulimie de 8,3 ans [Hudson, 2007]. Après cinq ans d'évolution, 66,8 % des sujets anorexiques sont guéris [Keski-Rahkonen *et al.*, 2007]. Après sept ans de suivi, 73 % des boulimiques suivis en population clinique sont en rémission lors du suivi mais 35 % d'entre eux rechutent par la suite. Après 12 années de suivi, 67 % sont guéris sans trouble de conduites alimentaires [Keel *et al.*, 2003].

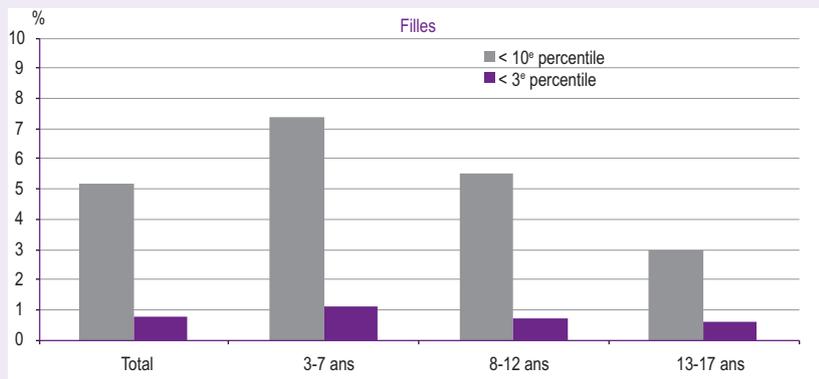
■ L'ANOREXIE MENTALE EST PARMIS LES PATHOLOGIES PSYCHIATRIQUES AYANT LA PLUS FORTE MORTALITÉ

La mortalité liée à l'anorexie mentale est de l'ordre de 5 % par décennie d'évolution, soit 10 à 12 fois la mortalité observée dans une population générale du même âge [Keel *et al.*, 2003; Nielsen *et al.*; Sullivan, 1995]. Les principales causes de décès sont le suicide et les complications somatiques. Il ne semble pas y avoir de surmortalité liée à la boulimie nerveuse [Keel *et al.*, 2003], mais le recul est peu important car cette pathologie n'a été individualisée qu'à la fin des années 1970. ●

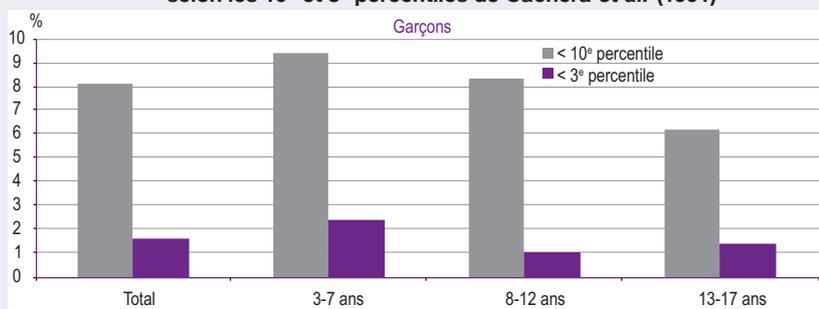
ORGANISME RESPONSABLE DE LA FICHE •
U669 INSERM – AFDAS-TCA –
RÉSEAU TCA FRANCILIEN

synthèse

Les troubles des conduites alimentaires sont fréquents et mal dépistés. Or, c'est la précocité des soins qui conditionne le pronostic. L'anorexie mentale, la boulimie nerveuse et les troubles pauci-symptomatiques ont une évolution tout aussi préoccupante. Leur mortalité et leur morbidité sont considérables. Tous ces éléments en font un problème de santé publique. Il serait souhaitable que les troubles des conduites alimentaires deviennent une priorité dans la loi de santé publique afin de développer des recherches sur ce thème et des dispositifs de soins adaptés et en nombre suffisant.

Graphique 2a • Distribution de la maigreur en population française avant 18 ans selon les 10^e et 3^e percentiles de Cachera *et al.* (1991)

Champ : France métropolitaine (hors Corse), population d'enfants âgés de 3 à 17 ans résidant en ménage ordinaire contacté aléatoirement d'après des listes téléphoniques de fixes et de portables.
Sources : Étude nationale nutrition santé (ENNS) 2006-2007.

Graphique 2b • Distribution de la maigreur en population française avant 18 ans selon les 10^e et 3^e percentiles de Cachera *et al.* (1991)

Champ : France métropolitaine (hors Corse), population d'enfants âgés de 3 à 17 ans résidant en ménage ordinaire contacté aléatoirement d'après des listes téléphoniques de fixes et de portables.
Sources : Étude nationale nutrition santé (ENNS) 2006-2007.

RÉFÉRENCES •

- 1994, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, fourth edition, primary care version Washington, D.C., American Psychiatric Association.
- 2008, *La santé de l'homme*, INPES, n° 394, mars-avril.
- Berkman N.D., Lohr K.N., Bulik C.M. 2007, « Outcomes of eating disorders: a systematic review of the literature », *Int J Eat Disord*, 40(4) : 293-309.
- Cassin S.E., Von Ranson K.M., 2005, « Personality and eating disorders: a decade in review », *Clin Psychol Rev*, 25(7) : 895-916.
- Cole T.J., Flegal K.M., Nicholls D., Jackson A.A., 2007, « Body mass index cut offs to define thinness in children and adolescents: international », *Survey BMJ*; 335(7612):194.
- Currin L., Schmidt U., Treasure J., Jick H. 2005, « Time trends in eating disorder incidence », *Br J Psychiatry*, 186: 132-5.
- Eddy K.T., Celio Doyle A., Hoste R.R., Herzog D.B., le Grange D. 2008, « Eating disorder not otherwise specified in adolescents », *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 47(2) : 156-64.
- Flament M.-F., 1995, « Épidémiologie des troubles des conduites alimentaires » in Rouillon F., Lépine J.-P., Terra J.-L., *Épidémiologie Psychiatrique*, Paris, Ellipse.
- Franko D.L., Keel P.K., 2006, « Suicidality in eating disorders: occurrence, correlates, and clinical implications », *Clin Psychol Rev*, 26(6) : 69-82.
- Godart N.T., Perdereau F., Rein Z., Berthoz S., Wallier J., Jeammet P., Flament M.-F., 2007, « Comorbidity studies of eating disorders and mood disorders. Critical review of the literature », *J Affect Disord*, 97(1-3) : 37-49.
- Godart N.T., Flament M.-F., Perdereau F., Jeammet P., 2002, « Comorbidity between eating disorders and anxiety disorders: a review », *Int J Eat Disord*, 32 (3) : 253-70.
- Gowers S., Bryant-Waugh R., 2004, « Management of child and adolescent eating disorders : the current evidence base and future directions », *J Child Adolesc Psychol Psychiat*, 45(1) : 63-83
- Guilbert P., Choquet M., Anwidson P. *et al.*, 2001, « Conduites alimentaires perturbées et pensées suicidaires chez les adolescents : résultats d'une enquête nationale par téléphone », *Santé publique*; 13(2) : 112-23.
- Harris E.C., Barraclough B., 1998, « Excess mortality of mental disorder », *Br J Psychiatry*, 173 : 11-53.
- Hoek H.W., 2006, « Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders », *Curr Opin Psychiatry*, 19(4) : 389-94.
- Hudson J.I., Hiripi E., Pope H.G., Kessler R.C., 2007, « The prevalence and correlates of eating disorders in the national comorbidity survey replication », *Biological Psychiatry*, 61 : 348-58.
- Johnson J.G., Cohen P., Kasen S., Brook J.S., 2002, « Eating disorders during adolescence and the risk for physical and mental disorders during early adulthood », *Arch Gen Psychiatry*, 59(6) : 545-52.
- Keel P.K., Dorer D.J., Eddy K.T., Franko D., Charatan D.L., Herzog D.B., 2003, « Predictors of mortality in eating disorders », *Arch Gen Psychiatry*, 60(2) : 179-83.
- Kendler K.S., MacLean C., Neale M., Kessler R., Heath A., Eaves L. 1991, « The genetic epidemiology of bulimia nervosa », *Am J Psychiatry*, 148(12) : 1627-37.
- Keski-Rahkonen A., Hoek H.W., Susser E.S., Linna M.S., Sihvola E., Raevuori A., Bulik C.M., Kaprio J., Rissanen A., 2007, « Epidemiology and course of anorexia nervosa in the community », *Am J Psychiatr* y, 164(8) : 1259-65.
- Ledoux S., Choquet M. 1991, *Les troubles des conduites alimentaires*, Documentation française, Paris : INSERM, Les 11-20 ans et leur santé.
- Mitchell J.E., Crow S. 2006, « Medical complications of anorexia nervosa and bulimia nervosa », *Curr Opin Psychiatry*, 19(4) : 438-43.
- Nielsen S., Møller-Madsen S., Isager T., Jørgensen J., Pagsberg K., Theander S., 1998, « Standardized mortality in eating disorders - a quantitative summary of previously published and new evidence », *J Psychosom Res.*, 44(3-4) : 413-3.
- Rolland-Cachera M.-F., Cole T.J., Sempé M., Tichet J., Rossignol C., Charraud A., 1991, « Body Mass Index variations: centiles from birth to 87 years », *Eur J Clin Nutr*, 45(1) : 3-21.
- Schillinger P., 2008, *Rapport du Sénat au nom de la Commission des affaires sociales sur la proposition de loi adoptée par l'Assemblée nationale visant à lutter contre les incitations à la recherche d'une maigreur extrême ou à l'anorexie*, Rapport n° 439, 60 p., juillet.
- Stice E., 2002, « Risk and maintenance factors for eating pathology: a meta-analytic review », *Psychol Bull*, 128S(5) : 825-48.
- Sullivan P.F. 1995, « Mortality in anorexia nervosa », *Am J Psychiatry*, 152(7) : 1073-4.
- Steinhausen H.C., 2002, « The outcome of anorexia nervosa in the 20th century », *Am J Psychiatry* y, 159(8) : 1284-93.
- Viricel J., Bossu C., Galusca B., Kadem M., Germain N., Nicolau A., Millot L. *et al.*, 2005, « Retrospective study of anorexia nervosa: reduced mortality and stable recovery rates », *Press Med*, 34(20 Pt 1) : 1505-10.
- Zimmerman M., Francione-Witt C., Chelminski I., Young D., Tortolani C., 2008, « Problems applying the DSM-IV eating disorders diagnostic criteria in a general psychiatric outpatient practice », *J Clin Psychiatry*, 69(3) : 381-4.

Troubles dépressifs

Les femmes souffrent plus souvent de troubles dépressifs que les hommes. Le risque de vivre un épisode dépressif est plus élevé pour les femmes que pour les hommes, à âge, formation, situation conjugale et professionnelle identiques. La loi de santé publique préconise de diminuer de 20 % le nombre de personnes présentant des troubles bipolaires, dépressifs ou névrotiques non reconnus.

■ PRÈS DE DEUX FOIS PLUS DE FEMMES QUE D'HOMMES ONT SOUFFERT D'UN ÉPISODE DÉPRESSIF

La fréquence des troubles dépressifs varie selon les enquêtes en fonction des instruments de mesure sur lesquels elles s'appuient. Cependant, l'ensemble des sources converge pour estimer à environ 10 % la part des femmes adultes ayant souffert d'un épisode dépressif dans les semaines ou dans l'année ayant précédé les enquêtes. De même, un écart marqué avec les hommes est mis en évidence (les troubles concerneraient entre 5% et 6% des hommes).

L'hypothèse d'une propension moins grande des hommes à déclarer des états comme la tristesse ou le mal-être, qui permettent de repérer l'épisode dépressif, vient quelque peu nuancer l'écart mesuré entre femmes et hommes (encadré). Toutefois, l'ampleur des différences (entre 1,5 et 2 fois plus de femmes souffrant d'un épisode dépressif selon les enquêtes) ne peut être réduite à des biais de déclaration.

De fait, les inégalités face à la dépression sont dues en partie à des situations économiques et sociales qui exposent davantage les femmes aux troubles dépressifs (tableau 1). Ainsi ces dernières sont plus souvent chômeuses ou inactives (au sens économique) : des situations associées à une prévalence élevée des épisodes dépressifs. Néanmoins, les facteurs sociaux et économiques, tels que nous le verrons plus en détail, n'expliquent pas entièrement l'exposition plus importante des femmes aux troubles dépressifs.

■ UN RISQUE ÉLEVÉ DE VIVRE UN ÉPISODE DÉPRESSIF LORS D'UNE SÉPARATION OU D'UN DIVORCE

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 (tableau 2).

Pour les femmes comme pour les hommes, la même gradation se vérifie : moins d'épisodes

dépressifs pour les personnes en couple, davantage pour celles qui sont célibataires et plus encore pour les personnes en situation de séparation, divorce ou veuvage. Cependant, ces différentes ruptures dans les trajectoires de vie sont diversement associées aux troubles dépressifs. Pour les femmes, la séparation ou le divorce est l'événement qui correspond au risque le plus élevé de vivre un épisode dépressif, alors que pour les hommes, c'est le veuvage. Ainsi, par rapport à une femme mariée, une veuve court un risque 1,4 à 2,4 fois plus élevé de vivre un épisode dépressif, tandis que ce risque est 1,9 à 3,1 fois plus élevé pour une femme séparée ou divorcée. Par rapport à un homme marié, le risque est 2,5 à 5,7 fois plus élevé pour un veuf, contre 2 à 2,9 fois plus élevé pour un homme séparé ou divorcé. Le chômage et l'inactivité sont associés à un risque de vivre un épisode dépressif plus

La prévalence masculine des épisodes dépressifs est-elle sous-estimée ?

Différents éléments viennent appuyer l'hypothèse d'une sous-estimation masculine des symptômes permettant de repérer les épisodes dépressifs dans les enquêtes statistiques¹.

En effet, différentes études montrent que les femmes déclarent davantage que les hommes leurs problèmes de santé, qu'il s'agisse de troubles physiques ou psychiques².

Dans l'enquête SMPG, un tiers des hommes juge qu'un dépressif est « responsable de sa dépression », contre un quart des femmes. Cela viendrait appuyer l'idée qu'il est plus dévalorisant pour un homme de se reconnaître soi-même comme dépressif que pour une femme.

Dans l'enquête décennale Santé réalisée la DREES et par l'INSEE en 2002-2003, il apparaît que l'écart entre hommes et femmes est réduit par l'utilisation d'un questionnaire plus médiat (en l'occurrence l'échelle CES-D), moins sensible aux biais de sous-déclaration, par rapport aux déclarations spontanées des personnes interrogées. Le baromètre Santé et l'enquête SMPG utilisent des entretiens diagnostiques structurés, justement pour pallier aux biais de déclarations, mais on peut supposer qu'un examen clinique aboutirait à un écart entre hommes et femmes encore inférieur, sans pouvoir préjuger de cet écart réel.

Ces nuances sont bien évidemment à prendre en compte, mais elles n'annulent pas le constat d'inégalités défavorables aux femmes face aux troubles dépressifs.

1. Pour plus de détails, voir l'encadré « Sous-déclaration des hommes ou surexposition aux troubles dépressifs des femmes », dans Leroux L., Morin T., 2006, « Facteurs de risque des épisodes dépressifs en population générale », *Études et Résultats*, n° 545, DREES, décembre.
2. Pierre Aïach, 2001, *Femmes et hommes dans le champ de la santé*, Éditions de l'ENSP.

Tableau 1 • Prévalence des épisodes dépressifs par sexe et caractéristiques sociales et économiques

	Baromètre Santé (12 derniers mois)			Enquête SMPG (2 dernières semaines)			En %
	Ensemble	Femmes	Hommes	Ensemble	Femmes	Hommes	
Sexe							
Homme	5,3	-	5,3	6,0	-	6,0	
Femme	10,4	10,4	-	9,2	9,2	-	
Âge							
18-24 ans	9,4	11,7	7,3	8,5	10,2	6,9	
25-44 ans	9,0	11,3	6,4	8,0	9,7	6,3	
45-64 ans	7,3	10,6	3,9	7,6	9,1	6,0	
65 et plus	4,8	6,2	3,3	5,7	7,0	4,1	
Situation conjugale							
Marié	6,2	8,6	3,8	6,0	7,7	4,2	
Couple non marié	8,5	10,8	6,2	9,6	11,0	7,7	
Célibataire	9,8	12,9	7,3	9,0	11,1	7,5	
Veuf	11,3	10,7	14,1	9,2	9,2	9,5	
Divorce ou séparé	14,8	18,1	8,5	13,3	13,7	12,8	
CSP							
Ouvrier	6,0	10,8	4,9	6,5	9,9	5,7	
Employé	9,3	11,3	4,4	8,8	9,4	6,6	
Prof. intermédiaire	7,7	10,1	5,1	4,9	5,7	4,1	
Cadre	6,4	9,1	4,6	4,2	4,9	3,9	
Chômeur	12,1	13,6	10,4	14,5	15,6	13,2	
Retraite	5,0	6,7	3,4	6,0	7,7	4,4	
Étudiant	9,2	11,2	7,1	8,1	10,0	6,0	
Autre inactif	12,4	12,3	12,8	10,9	10,0	15,1	
Autre actif	6,5	12,4	4,5	5,5	8,6	4,3	
Ensemble	7,9	10,4	5,3	7,6	9,2	6,0	

Lecture : Selon le baromètre Santé, 10,4 % des femmes ont souffert d'un épisode dépressif au cours des 12 derniers mois.

Champ : France métropolitaine, 18-75 ans.

Sources : Baromètre Santé, enquête SMPG (voir encadré 2).

Tableau 2 • Analyses logistiques des facteurs de risque de l'épisode dépressif à partir de trois enquêtes (odds ratio)

	Baromètre Santé			Enquête SMPG		
	Ensemble	Femmes	Hommes	Ensemble	Femmes	Hommes
Sexe						
Homme	réf.	-	-	réf.	-	-
Femme	1,8	-	-	1,5	-	-
Âge						
18-29 ans	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
30-39 ans	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
40-49 ans	réf.	réf.	réf.	réf.	réf.	réf.
50-59 ans	n.s.	n.s.	0,6	0,9	n.s.	0,8
60-75 ans	0,5	0,6	0,4	0,6	0,7	0,6
Situation conjugale						
Marié	réf.	réf.	réf.	réf.	réf.	réf.
Couple non marié	1,2	n.s.	1,4	1,8	1,6	1,9
Célibataire	1,6	1,5	1,7	1,5	1,4	1,6
Veuf	2,3	1,8	5,7	1,7	1,4	2,5
Divorcé ou séparé	2,5	2,4	2,6	2,3	1,9	2,9
Situation professionnelle						
Travail	réf.	réf.	réf.	réf.	réf.	réf.
Études	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Chômage	1,4	n.s.	1,9	2,1	1,9	2,3
Retraite	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Inactif	1,6	1,3	3,2	1,7	1,3	3,0
Formation						
Primaire	0,8	n.s.	0,6	1,4	1,5	n.s.
Secondaire	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Bac	réf.	réf.	réf.	réf.	réf.	réf.
Universitaire	n.s.	n.s.	n.s.	0,7	0,8	0,6

Réf. : Modalité de référence.

N.S. : Non significativement différent de 1 (au seuil de 5 %).

Lecture : Selon le baromètre Santé, une femme a 1,8 fois plus de risques de vivre un épisode dépressif qu'un homme, à âge, situation conjugale, situation professionnelle et formation identiques.

Champ : France métropolitaine, 18-75 ans.

Sources : Baromètre Santé, enquête SMPG (voir encadré 2).

Troubles dépressifs (suite)

important autant pour les femmes que pour les hommes. Cependant, le lien entre inactivité (au sens économique) et trouble dépressif est plus particulièrement marqué pour les hommes. Être inactif recouvre des situations très variées. Pour les femmes, il s'agit principalement de personnes au foyer. Parmi les hommes, l'inactivité est beaucoup plus rare¹. Elle correspond plus souvent à des conditions de vie précaires : handicap, maladie, problèmes de santé mentale.

■ LA PRISE EN CHARGE DES TROUBLES DÉPRESSIFS EST PLUS FRÉQUENTE CHEZ LES FEMMES

En prenant en compte les diverses sources de données, on observe qu'environ un homme sur deux souffrant d'un épisode dépressif déclare ne pas avoir consommé de médicaments ni rencontré un professionnel de la santé ou séjourné dans une structure de soins. Ces proportions sont plus faibles chez les femmes (3 à 4 femmes sur 10). Ainsi, il apparaît que la prise en charge des troubles dépres-

sifs est plus courante pour ces dernières (tableau 3).

On observe cependant qu'entre 7 % et 16 % des femmes ayant un épisode dépressif repéré ont consommé des médicaments en raison de troubles psychiques mais déclarent ne pas avoir consulté un professionnel de santé, ne pas avoir suivi une psychothérapie ni s'être rendues dans une structure de soins. Pour les hommes, ces pourcentages oscillent entre 4 % et 11 % selon les sources. Une des hypothèses qui peut être avancée face à ce constat, outre qu'il s'agit de données déclaratives, est que les médicaments consommés correspondraient à la prescription d'un médecin consulté pour un motif principal autre ou avant la période considérée. ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA FICHE • DREES

1. Selon l'enquête Emploi de l'INSEE les hommes représentent environ 20 % des inactifs en 2002.

synthèse

Les femmes souffrent plus souvent de troubles dépressifs que les hommes. Le risque de vivre un épisode dépressif est 1,5 à 2 fois plus élevé pour les femmes que pour les hommes, à âge, formation, situation conjugale et professionnelle identiques.

Cependant, 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.

Tableau 3 • Dépistage inégal des épisodes dépressifs selon le sexe : pourcentage des personnes souffrant d'un épisode dépressif qui n'ont pas recours aux soins

	Pas de recours à un professionnel de la santé, à une structure de soin ni à une psychothérapie		Idem + pas de recours aux médicaments	
	Baromètre Santé (12 derniers mois)	SMPG (2 dernières semaines)	Baromètre Santé (12 derniers mois)	SMPG (2 dernières semaines)
Hommes	66	47	55	43
Femmes	61	36	45	29
Ensemble	62	40	48	34

Lecture : Selon le baromètre Santé, 66 % des femmes souffrant d'un épisode dépressif au cours des 12 derniers mois n'ont pas eu recours à un professionnel de la santé, à une structure de soin ni à une psychothérapie.

Champ : France métropolitaine, 18-75 ans.

Sources : Baromètre Santé, enquête SMPG (voir encadré 2).

	Baromètre Santé	Enquête SMPG
Sources et champ		
Organismes	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES)	Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé pour la recherche et la formation en santé mentale (OMS) et DREES
Période de collecte	2004-2005	1999-2003
Champ	France métropolitaine, 18-75 ans	France entière, 18 ans ou plus
Champ pour le calcul des indicateurs	France métropolitaine, 18-75 ans	France métropolitaine, 18-75 ans
Définitions		
Trouble dépressif envisagé	Épisode dépressif majeur	Épisode dépressif
Classification	<i>Diagnostic and statistical manual</i> , 4 ^e révision (DSM-IV)	Classification internationale des maladies 10 ^e révision (CIM 10)
Questionnaire	CIDI-SF (<i>Composite international diagnostic interview short-form</i>)	MINI (<i>Mini international neuropsychiatric interview</i>)
Retentissement social ou « gêne dans la vie de tous les jours » associé au trouble	Inclus dans le questionnaire	Ajouté <i>a posteriori</i>
Période de référence	Les symptômes doivent être présents durant deux semaines consécutives au cours des 12 derniers mois.	Les symptômes doivent être présents durant les deux dernières semaines. Le recours au soin peut être antérieur si d'autres troubles psychiques sont concomitants.

Recours aux soins

Un net accroissement du recours aux soins concernant les troubles mentaux – regroupant troubles névrotiques et psychotiques, anxiété, dépression, troubles de l'enfance et troubles du sommeil – est observé en France depuis une dizaine d'années aussi bien en médecine de ville que dans les secteurs de psychiatrie générale. Ces affections occupent une place importante au sein du système de santé. En 2007, les affections psychiatriques de longue durée (ALD 23) représentent la quatrième cause d'admission en ALD. Elles concernent 0,9 million (1,6 %) de bénéficiaires du régime général de l'Assurance maladie dont 54,9 % de femmes. Les épisodes dépressifs, les troubles affectifs bipolaires et les troubles anxieux concernent majoritairement des femmes (autour de 70 % pour ces pathologies). À l'inverse, les personnes inscrites en ALD avec un diagnostic de schizophrénie sont plus fréquemment des hommes (37,1 % de femmes)¹.

■ LES TROUBLES MENTAUX REPRÉSENTENT PLUS DE 10 % DES MOTIFS DE CONSULTATION EN VILLE ENTRE 30 ET 59 ANS

En population générale, les femmes déclarent deux fois plus souvent que les hommes des troubles psychiques (voir fiche 6 « Morbidité déclarée »). Selon l'enquête permanente sur la prescription médicale d'IMS-Health (EPPM), les troubles mentaux concernent plus de 10 % des motifs de consultation en ville chez les femmes comme chez les hommes entre 30 et 59 ans (voir tableau 1, fiche « Principaux motifs de recours en médecine de ville »). C'est le premier motif de consultation entre 40 et 49 ans : 14,7 % des motifs chez les femmes et 13,2 % chez les hommes.

■ LES CONSULTANTS DES PSYCHIATRES, PSYCHOLOGUES ET PSYCHANALYSTES SONT DES FEMMES 7 FOIS SUR 10

D'après l'enquête décennale santé de l'INSEE réalisée en 2003, 2 % de la population déclare avoir consulté un psychiatre, un psychologue ou un psychanalyste pendant la durée de l'enquête (huit semaines). Près de neuf personnes sur dix qui ont consulté n'ont rencontré qu'un seul de ces trois types de professionnels. Chez les personnes souffrant de difficultés graves dans la vie quotidienne (difficultés physiques ou psychiques), 7 % ont eu recours à des soins spécialisés de santé mentale.

Une grande majorité des consultants sont des femmes (70 %) et vivent plus rarement en couple pour cause de célibat, veuvage ou divorce (46 % vivent en couple contre 68 % en population générale). L'absence de diplôme représente un obstacle à l'accès aux professionnels de santé mentale.

■ EN 2003, 54 % DES PATIENTS PRIS EN CHARGE EN SECTEURS DE PSYCHIATRIE GÉNÉRALE SONT DES FEMMES

Entre 1989 et 2003, le nombre de patients suivis dans les secteurs de psychiatrie générale a augmenté d'environ 700 000 à 1,2 million. Le taux de recours est ainsi passé de 17 à 27 patients pour 1 000 habitants de plus de 20 ans. Le renouvellement de la population suivie dans ces secteurs est important puisque 40 % des patients ont consulté pour la première fois en 2003, mais la prise en charge n'implique pas forcément un suivi régulier, un adulte sur quatre n'ayant été vu qu'une seule fois en 2003. En 2003, 54 % des patients pris en charge en secteurs de psychiatrie générale étaient des femmes.

■ SCHIZOPHRÉNIE ET TROUBLES DE L'HUMEUR SONT LES PRINCIPALES CAUSES DE PRISE EN CHARGE À TEMPS COMPLET

Chez les personnes de plus de 20 ans prises en charge à temps complet² dans les secteurs de

psychiatrie générale, 42,2 % sont des femmes. Le diagnostic principal le plus fréquemment observé quel que soit le sexe est la schizophrénie et les troubles schizotypiques et délirants qui représentent à eux seuls plus d'un diagnostic principal sur quatre. Ce groupe de pathologies est cependant moins fréquent chez les femmes (32,3 % contre 41,4 % chez les hommes). Les troubles de l'humeur sont au deuxième rang également chez les hommes et les femmes. Toutefois ces troubles sont plus de deux fois plus fréquents chez les femmes (24 %), la dépression affectant à elle seule 18 % des femmes.

Les causes de prise en charge à temps complet varient ensuite selon le sexe (graphique 1). Chez les femmes viennent ensuite, le retard mental (7,3 %), les troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives dont l'alcool (6,7 %), et les troubles névrotiques, notamment les formes graves d'anxiété, ou les formes mixtes associant anxiété et dépression, ainsi que les troubles obsessionnels compulsifs (6,2 %).

Il faut toutefois noter que des différences importantes existent selon l'âge : la part de schizophrénie et des troubles associés diminue avec l'âge (de 44 %-45 % chez les 20-35 ans à 27 % chez les plus de 65 ans). Ceci résulte probablement d'une mortalité plus élevée que celle de la population générale et du fait qu'une partie de ces patients est redirigée vers des établissements moins médicalisés. La part des troubles de l'humeur augmente proportionnellement avec l'âge : elle concerne une personne sur neuf chez les 20-35 ans et une personne sur quatre chez les plus de 65 ans. La fréquence des pathologies liées à l'utilisation de substances psychoactives ainsi que celle des retards mentaux augmentent jusqu'à 35 ans puis diminuent. Les troubles mentaux organiques qui regroupent majoritairement les démences séniles et la maladie d'Alzheimer (5,7 % des femmes et 5,2 % des hommes), augmentent quant à eux avec l'âge et touchent plus d'une personne sur quatre chez les personnes âgées de 65 ans ou plus. ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA FICHE • DREES

synthèse

Un net accroissement du recours aux soins concernant les troubles mentaux est observé en France depuis une dizaine d'années aussi bien en médecine de ville que dans les secteurs de psychiatrie générale.

En 2003, 2 % de la population déclare avoir consulté un spécialiste de la santé mentale et sept fois sur dix, il s'agissait de femmes. Ils étaient 7 % à déclarer avoir recours à des soins spécialisés en cas de difficultés graves dans la vie quotidienne (difficultés physiques et/ou psychiques).

En 2003, la prise en charge en secteur de psychiatrie générale concernait 1 200 000 personnes dont 54 % de femmes. La schizophrénie et les troubles de

l'humeur sont les deux diagnostics principaux le plus souvent observés chez les patients hospitalisés à temps plein, les troubles de l'humeur étant plus fréquents chez les femmes.

1. Païta M., Weill A., 2008, « Les personnes en affection de longue durée au 31 décembre 2007 », *Points de repère*, CNAMTS, n° 20, novembre.

2. Les prises en charge à temps complet comprennent les hospitalisations à temps plein, les centres post-cure ou de réadaptation, les appartements thérapeutiques, l'accueil familial thérapeutique et l'hospitalisation à domicile.

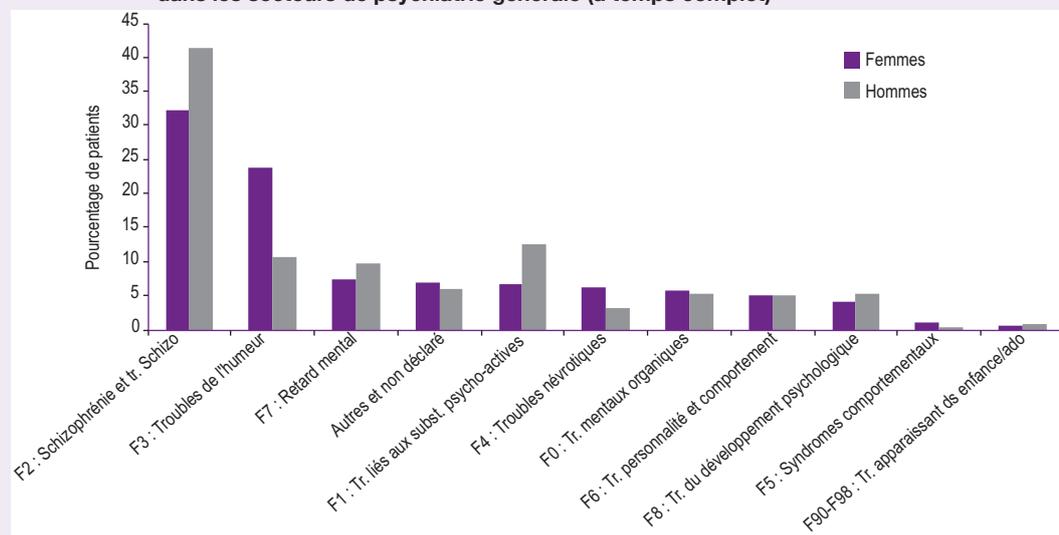
Tableau 1 • Distribution des diagnostics principaux selon le sexe des patients pris en charge à temps complet en 2003 dans les secteurs de psychiatrie générale

Diagnostic principal	Hommes			Femmes			Ensemble		
	Nb de patients	% du genre (%col)	% dans le diag (% ligne)	Nb patients	% du genre (%col)	% dans le diag (% ligne)	Nb patients	% du genre (%col)	% dans le diag (% ligne)
F0 : Troubles mentaux organiques <i>dont démences (F00-F03)</i>	837 504	5,2 3,1	55,6 50,4	670 496	5,7 4,2	44,4 49,6	1 507 1 000	5,4 3,6	100 100
F1 : Troubles liés à l'utilisation de substances psycho-actives <i>dont alcool (F10)</i>	2 012 1 729	12,5 10,7	71,9 72,1	788 668	6,7 5,7	28,1 27,9	2 800 2 397	10,0 8,6	100 100
F2 : Schizophrénie, troubles schizotypiques et délirants <i>dont schizophrénie (F20)</i>	6 689 4 928	41,4 30,5	63,8 67,8	3 801 2 338	32,3 19,9	36,2 32,2	10 490 7 266	37,6 26,0	100 100
F3 : Troubles de l'humeur <i>dont troubles dépressifs</i>	1 713 1 268	10,6 7,9	37,8 37,2	2 816 2 137	23,9 18,2	62,2 62,8	4 528 3 405	16,2 12,2	100 100
F4 : Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress, troubles somatoformes <i>dont troubles anxieux (F41)</i>	511 202	3,2 1,3	41,2 40,0	730 303	6,2 2,6	58,8 60,0	1 241 505	4,4 1,8	100 100
F5 : Syndromes comportementaux	47	0,3	25,7	135	1,1	74,3	181	0,6	100
F6 : Troubles de la personnalité et du comportement	821	5,1	57,9	597	5,1	42,1	1 418	5,1	100
F7 : Retard mental <i>dont retard grave ou profond (F72-F73)</i>	1 580 818	9,8 5,1	64,7 62,0	864 501	7,3 4,3	35,3 38,0	2 444 1 320	8,8 4,7	100 100
F8 : Troubles du développement psychologique	846	5,2	63,7	483	4,1	36,3	1 329	4,8	100
F90-F98 : Troubles apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence	142	0,9	65,0	76	0,6	35,0	218	0,8	100
Autres et non déclaré	954	5,9	54,0	812	6,9	46,0	1 767	6,3	100
Ensemble	16 152	100,0	57,8	11 771	100,0	42,2	27 923	100,0	100

Champ : France métropolitaine. Patients de plus de 20 ans, pris en charge à temps complet au 1^{er} janvier 2003 dans les secteurs de psychiatrie générale.

Sources : Enquête nationale sur la population prise en charge par les établissements de psychiatrie, DREES, 2003 ; expérimentation PMSI-Psychiatrie, ATIH ; exploitation IRDES.

Graphique 1 • Distribution des diagnostics principaux selon le sexe des patients pris en charge dans les secteurs de psychiatrie générale (à temps complet)



Champ : France métropolitaine. Patients de plus de 20 ans, pris en charge à temps complet au 1^{er} janvier 2003 dans les secteurs de psychiatrie générale.

Sources : Enquête nationale sur la population prise en charge par les établissements de psychiatrie, DREES, 2003 ; expérimentation PMSI-Psychiatrie, ATIH ; exploitation IRDES.

CHAMP • France métropolitaine. Patients de plus de 20 ans pris en charge à temps complet au 1^{er} janvier 2003, dans les secteurs de psychiatrie générale.

SOURCES • Rapports d'activité des secteurs de psychiatrie, DREES (1989-2003) ; Enquête nationale sur la population prise en charge par les établissements de psychiatrie, DREES, 2003 ; expérimentation PMSI-Psychiatrie, ATIH ; exploitation IRDES.

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • Distribution des diagnostics principaux selon la CIM 10 chez les patients pris en charge un jour donné dans les secteurs de psychiatrie générale à temps complet : nombre d'un diagnostic principal sur le nombre de patients pris en charge.

LIMITES ET BIAIS • Étude transversale qui surreprésente par conséquent les patients hospitalisés sur des périodes longues (probabilité plus importante d'être présent le jour de l'enquête).

RÉFÉRENCES •

- Coldely M., 2007 « La prise en charge de la santé mentale, Recueil d'études statistiques », *Études et Statistiques*, DREES, Documentation française.
- Chapireau F., 2006, « Les recours aux soins spécialisés en santé mentale », *Études et Résultats*, DREES, n° 533, novembre.
- Chaleix M., Exertier A., *Les établissements de santé, un panorama pour l'année 2006*, DREES, Documentation française.

ORGANISME RESPONSABLE DE L'ENQUÊTE • DREES.

accidents et traumatismes



Suicide et tentatives de suicide

Les déterminants du suicide sont nombreux et la nature de leurs liens est complexe. Cependant les facteurs reliés aux comportements suicidaires sont globalement de deux ordres : une vulnérabilité individuelle et l'existence de stress environnementaux. La réduction du nombre de décès par suicide est un objectif annexé à la loi de santé publique du 9 août 2004. Cet indicateur est basé sur l'exploitation des certificats de décès par le CépiDc de INSERM.

■ LE TAUX DE DÉCÈS PAR SUICIDE TROIS FOIS PLUS ÉLEVÉ CHEZ LES HOMMES

En 2005, on a enregistré chez les femmes 2884 décès par suicide en France¹. Le nombre de décès est moins élevé chez les femmes que chez les hommes (7 829), ce qui correspond à des taux de décès standardisés par âge de 8,3 et 24,5 pour 100 000 (tableau 1). Il augmente fortement avec l'âge (3,3 pour 100 000 entre 15 et 24 ans et 15 à près de 74 ans).

Par contre, la part du suicide dans la mortalité générale est nettement plus élevée chez les jeunes femmes que chez les plus âgées : entre 15 et 24 ans, le suicide représente 13 % du total des décès et constitue la 2^e cause de décès féminine après les accidents de la circulation. À partir de 65 ans, le suicide représente moins de 0,4 % du total des décès.

Les taux de décès ont tendance à baisser dans le temps (-19 % entre 1990 et 2005 et 3 % entre 2000 et 2005) (graphique 1). Cette diminution concerne davantage les femmes âgées que les jeunes, mais elle reste moins importante que chez les hommes.

Les taux de décès varient fortement selon les régions. Les taux² les plus élevés s'observent en Bretagne (taux supérieur de plus de 50 % par rapport au taux moyen en France métropolitaine) puis viennent, l'Auvergne, les Pays de la Loire, le Centre, Poitou-Charentes, Champagne-Ardenne (taux supérieurs de plus de 20 % par rapport à la moyenne).

Deux modes de suicides sont prépondérants chez les femmes avec une fréquence équivalente : la pendaison (32 %) et la prise de médicaments (31 %). La pendaison est un mode de suicide davantage masculin (un décès sur deux chez les hommes).

En Europe (27 pays), le taux standardisé de décès moyen par suicide est de 4,9 pour 100 000. Les Françaises se situent dans le groupe des pays européens à taux élevés de suicide (8,3 pour 100 000) après la Belgique et la Finlande pour l'ouest de l'Europe (graphique 2). Ces comparaisons internationales sont à

considérer avec prudence du fait de différences éventuelles dans la qualité et l'exhaustivité des déclarations.

■ LES TENTATIVES DE SUICIDE NETTEMENT PLUS FRÉQUENTES CHEZ LES FEMMES

Selon l'enquête réalisée en population générale entre 1999 et 2003 par le Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé (CCOMS) et la DREES (enquête Santé mentale en population générale, dite enquête SMPG), 9 % des femmes et 6 % des hommes de 18 ans ou plus de France métropolitaine ont déclaré avoir fait une tentative de suicide au cours de leur vie (près de 8 % en moyenne)³. Le baromètre Santé 2005 de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), avec un champ et une méthodologie différents⁴ a donné une évaluation un peu plus faible : 5 % chez les personnes âgées de 12 ans à 75 ans, avec un net écart entre femmes et hommes : 7 % et 3 %. Dans cette même enquête, les pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois concernent 5 % des personnes, les femmes n'étant pour cet indicateur que légèrement plus concernées (5,9 % contre 4,6 %, $p < 0,001$)⁵.

Toutes les tentatives de suicide ne donnent pas lieu à une prise en charge médicale. En France métropolitaine, le nombre de tentatives de suicide ayant donné lieu à un contact avec le système de soins a été estimé à environ 195 000 pour l'année 2002, dont 105 000 hospitalisées dans une unité de soins en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO).

Pour 2005, le nombre d'hospitalisations en MCO pour tentatives de suicide a été estimé à près de 111 000 dont 65 % ont concerné des femmes. Les séjours féminins ont prédominé dans toutes les classes d'âge à l'exception de celle des plus de 74 ans. Le rapport entre les taux d'hospitalisation féminins et masculins s'est élevé à 2,5 entre 15 et 24 ans, a été voisin de 2 entre 45 et 74 ans, et inférieur à 2 dans les autres tranches d'âge adulte (graphique 3). Chez les femmes, les hospitalisations pour tentative de

suicide ont été très nombreuses dès l'adolescence et sont restées à un niveau élevé jusque vers 55 ans. Les séjours masculins ont été moins fréquents à l'adolescence, puis ils ont augmenté rapidement jusque vers 45 ans. À partir de 55 ans, l'hospitalisation motivée par une tentative de suicide est devenue beaucoup plus rare pour les hommes comme pour les femmes.

Les tentatives de suicide conduisant à une hospitalisation en soins somatiques ont été le plus fréquemment réalisées par voie d'intoxication médicamenteuse : celles-ci ont représenté 84 % des séjours et près de 90 % chez les femmes de 15 à 54 ans. Ce mode a été moins utilisé par les hommes, tout en demeurant nettement majoritaire, sauf chez les plus âgés. À partir de l'adolescence, la plupart des hospitalisations en MCO liées à une intoxication médicamenteuse ont d'ailleurs été liées à des tentatives de suicide (plus de 90 % entre 15 et 54 ans). ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA FICHE • INSERM -CépiDc - DREES

1. Si l'on fait l'hypothèse d'une sous-estimation de 20 %, ce nombre serait après correction d'environ 3500 décès.
2. Taux standardisés sur l'âge (population Eurostat IARC, 1976).
3. Mouquet M.-C. et Bellamy V., 2006, « Suicides et tentatives de suicide en France », DREES, *Études et Résultats*, n° 488, mai.
4. Entretien par téléphone et non en face à face, échantillon aléatoire et non par quotas.
5. « Suicides : mieux comprendre pour prévenir avec plus d'efficacité », in *Baromètre Santé 2005, Attitudes et comportements de santé*, 594 p.

synthèse

Les taux de décès par suicide sont nettement moins élevés chez les femmes que chez les hommes ; cependant, les femmes font plus fréquemment des tentatives et rapportent plus de pensées suicidaires. Par ailleurs, la France se situe dans le groupe des pays à fréquence élevée de suicide féminin. Les taux varient fortement selon les régions et ont eu tendance à diminuer de 2000 à 2005. Les tentatives de suicide sont nettement plus fréquentes chez les femmes. En 2005, près de 111 000 séjours dans des unités de soins MCO ont été motivés par une tentative de suicide. Près des deux tiers d'entre eux ont concerné des femmes.

Tableau 1 • Effectifs et taux de décès par suicide en 1990 et 2005 selon le sexe et la classe d'âge

	Année	Effectifs	Taux de décès*	Var 2005-1990**	Var 2005-2000***
Femmes 15-24 ans	1990	184	4,4		
	2000	137	3,6		
	2005	128	3,3	-25%	-9%
Hommes 15-24 ans	1990	607	14,1		
	2000	471	12,1		
	2005	439	11,0	-22%	-9%
Femmes 25-74 ans	1990	2375	14,0		
	2000	2237	12,2		
	2005	2274	12,1	-14%	-1%
Hommes 25-74 ans	1990	6116	37,5		
	2000	6143	35,1		
	2005	6044	33,4	-11%	-5%
Femmes > 74 ans	1990	661	25,6		
	2000	492	17,7		
	2005	474	15,0	-41%	-15%
Hommes > 74 ans	1990	1441	105,9		
	2000	1326	86,6		
	2005	1325	73,3	-31%	-15%
Femmes tous âges	1990	3225	10,2		
	2000	2874	8,5		
	2005	2884	8,3	-19%	-3%
Hommes tous âges	1990	8178	29,1		
	2000	7975	26,3		
	2005	7829	24,5	-16%	-7%

* Taux de décès pour 100 000 et taux standardisés selon pop Eurostat pour les décès tous âges. ** (Taux 2005 – Taux 1990) * 100 / Taux 1990. *** (Taux 2005 – Taux 2000) * 100 / Taux 2000.

Champ : France métropolitaine. **Sources :** INSERM-CépiDc.

CHAMP • France métropolitaine.

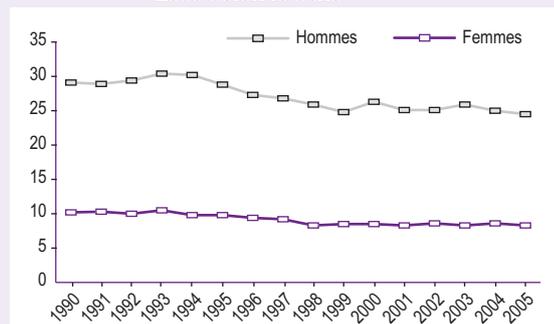
SOURCES • Base nationale PMSI-MCO (DHOS, ATIH, exploitation DREES) pour les séjours hospitaliers et estimation localisée de population (INSEE).

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • Depuis 2001, les résumés de sortie anonymes (RSA) collectés contiennent la mention du mode opératoire en cas de tentative de suicide. Cette information a pu être exploitée en 2005, sur 210 établissements de France métropolitaine ayant codé les tentatives de suicide et totalisant près de 59 000 séjours pour ce motif. Les proportions par sexe et tranches d'âge, ainsi obtenues, de séjours pour intoxication par produit pharmaceutique provenant de tentatives de suicide, d'une part, et de séjours pour tentative de suicide médicamenteuse parmi l'ensemble des séjours pour tentative de suicide, d'autre part, ont ensuite permis de réaliser l'estimation sur l'année 2005.

LIMITES ET BIAIS • Les unités de compte sont des séjours et non des patients; il s'agit de données redressées prenant en compte les défauts d'exhaustivité du PMSI liés à des non-réponses partielles ou totales d'établissements de santé; ce taux d'exhaustivité évalué en journées par comparaison avec la statistique annuelle des établissements (SAE) est de 99 % en 2005.

ORGANISME RESPONSABLE DE L'ENQUÊTE • DREES.

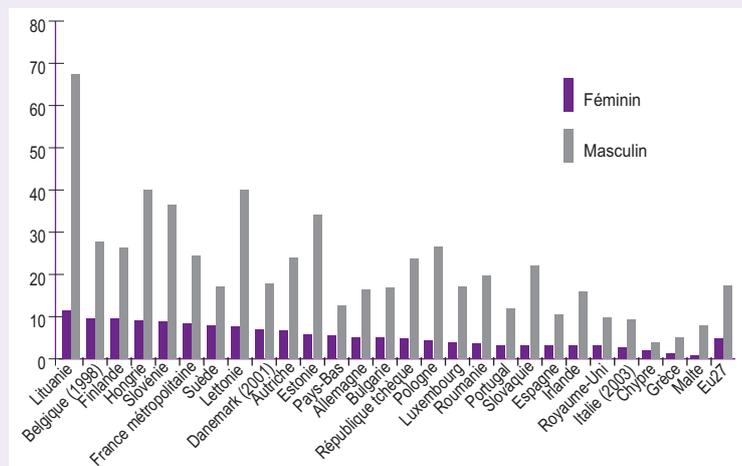
Graphique 1 • Taux de décès par suicide de 1990 à 2005 selon le sexe*



* Taux de décès pour 100 000 habitants par âge – Réf : Eurostat – Pop Europe – IARC – 1976.

Champ : France métropolitaine. **Sources :** INSERM-CépiDc.

Graphique 2 • Taux de décès par suicide en Europe (27 pays) en 2005 selon le sexe*

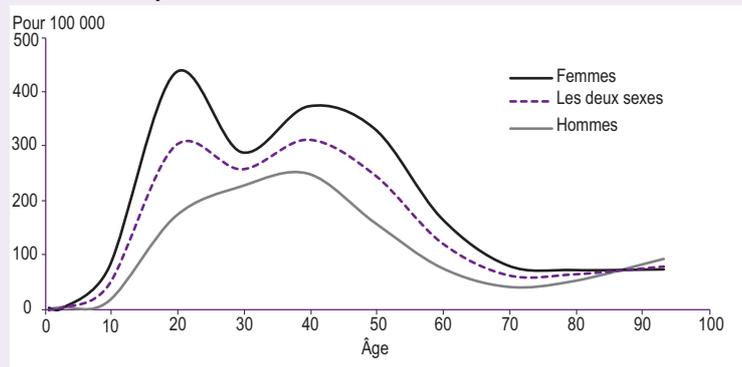


* Taux de décès pour 100 000 habitants standardisés par âge – Réf : Eurostat – Pop Europe – IARC -1976.

Champ : Europe 27 pays.

Sources : Eurostat – INSERM-CépiDc.

Graphique 3 • Taux d'hospitalisation en MCO pour tentative de suicide pour 100 000 habitants en 2005



Champ : France métropolitaine.

Sources : Base nationale PMSI-MCO (DHOS, ATIH, exploitation DREES).

CHAMP • France métropolitaine, population âgée de 15 ans ou plus.

SOURCES • INSERM -CépiDc.

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • Effectifs, taux bruts et taux standardisés sur la population européenne (Eurostat - population Europe IARC 1976). Pour les suicides, ont été retenus les décès portant en cause initiale un des codes CIM 9 : E950-E959 jusqu'en 1999 et CIM 10 : X60-X84 et Y87.0 à partir de 2000.

LIMITES ET BIAIS • Un certain nombre de suicides, en particulier en Île-de-France, ne sont pas connus à partir de la statistique nationale (cas ayant fait l'objet d'un examen médico-légal dont la conclusion n'a pas été rapportée à INSERM ou cas pour lesquels l'intention de la mort violente est restée indéterminée). Cette sous-évaluation a été précédemment estimée à 20 % pour les données nationales. Cependant, ce biais reste relativement stable et les principales conclusions concernant les caractéristiques démographiques et spatiales de la mortalité par suicide restent proches avant et après correction.

RÉFÉRENCES •

- Aouba A., Péquignot F., Le Toulec A., Jouglà E., 2007, « Les causes médicales de décès en France et leurs évolutions récentes, 1980-2004 », *Le Concours Médical*, 31-32 : 1085-94.
- Jouglà E., Péquignot F., Chappert J.-L., Rossolin F., Le Toulec A., Pavillon G., 2002, « La qualité des données de mortalité sur le suicide », *Rev Epidemiol Santé Publique*; 50 (1) : 49-62.
- Jouglà E., Péquignot F., Le Toulec A., Bovet M., Mella M., 2003, « Données et caractéristiques épidémiologiques de la mortalité par suicide », *Actualité et dossier en santé publique*, 45 : 31-4, décembre.
- Péquignot F., Aouba A., Jouglà E., 2008, « Mortalité par suicide – Tendances et disparités », *Perdre la raison de vivre – comprendre le suicide*, Paugam S. et Mesure S., « Lieu social », PUF, Paris, à paraître.

Accidents de la vie courante, chutes

Les accidents de la vie courante (AcVC) peuvent être définis comme les traumatismes (voir définition) non intentionnels qui ne sont ni des accidents de la circulation ni des accidents du travail. Ils sont très nombreux en France et constituent un problème majeur de santé publique [Thélot, 2004; Holder, 2004].

Plus de 11 millions de personnes sont victimes d'un AcVC chaque année, parmi eux, 5 millions ont recours aux urgences hospitalières [InVS, 2005; Thélot, 2005].

Il en résulte plusieurs centaines de milliers d'hospitalisations, et près de 20 000 décès annuels, tous âges confondus, soit 4 fois plus que les accidents de la circulation et 20 fois plus que les accidents du travail [Ermanel, 2007].

Les sources permettant de rendre compte du nombre, de la répartition et des caractéristiques des AcVC sont constituées par plusieurs enquêtes et bases de données dont les principales sont : l'enquête permanente sur les accidents de la vie courante (EPAC) pour les AcVC avec recours aux urgences des hôpitaux [Thélot, 2004]; la base des causes de décès du Centre d'épidémiologie des causes de décès (CépiDc) qui fait l'objet d'exploitations régulières [Ermanel, 2007]; des enquêtes transversales, parmi lesquelles l'enquête Santé et protection sociale [InVS, 2005] et l'enquête Événements de vie et santé (EVS, encadré). L'accident est habituellement décrit à travers son lieu de survenue, l'activité de la personne au moment de l'accident, le mécanisme (chute, coup, etc.) et les produits en cause, la lésion et la partie lésée, le traitement.

■ 42 % DES AcVC SURVIENNENT CHEZ LES FEMMES

Les AcVC sont globalement moins fréquents chez les femmes que chez les hommes. Ainsi, sur 4,5 millions d'AcVC avec recours aux urgences en France métropolitaine, 42 % concernent des femmes et 58 % des hommes [Thélot, 2004]. Ce résultat varie selon l'âge : chez les moins de 15 ans, les AcVC sont les plus fréquents avec environ 1 700 000 par an dont 700 000 chez les filles (sex ratio = 1,5). Entre 15 et 64 ans le sex ratio est égal à 1,9 ; on observe environ 750 000 AcVC chez les femmes sur un total de 2 200 000. Au-delà de 65 ans, on estime qu'il y a 550 000 AcVC par an, 150 000 chez les hommes et 400 000 chez les femmes. Il survient dans cette tranche d'âge environ 4 AcVC pour 100 hommes et près de 7 pour 100 femmes. Ce sont les chutes qui constituent de loin, à cet âge, le mécanisme le plus fréquent des AcVC (84 % des cas) avec des conséquences redoutables en termes de mortalité.

■ CHEZ LES FEMMES, LES AcVC SURVIENNENT PLUS FRÉQUEMMENT AU DOMICILE

Le lieu, l'activité et le mécanisme de survenue des AcVC présentent des spécificités chez les femmes par rapport aux hommes. À tous

les âges les AcVC surviennent plus fréquemment au domicile : de l'ordre de 60 % des AcVC de 20 à 70 ans (contre moins de 40 % chez les hommes). Symétriquement, la proportion d'AcVC survenant sur les aires de sport et de jeux est plus faible : moins du quart chez les femmes contre la moitié chez les hommes chez les 20-24 ans (graphiques 1, 2, 3). À cette différence de lieu correspond une différence d'activité. Entre 20 et 24 ans, 20 % des AcVC chez les femmes surviennent lors d'activités sportives, contre 40 % chez les hommes. On retrouve aussi une surreprésentation des AcVC survenus lors d'activités ménagères chez les femmes : 10 à 18 % entre 20 et 70 ans, contre à peine plus de 5 % chez les hommes. Inversement les accidents de bricolage ne surviennent qu'une fois sur sept chez les femmes (14 %, contre 86 % chez les hommes) [Thélot, 2004].

■ LES CHUTES REPRÉSENTENT 84 % DES AcVC CHEZ LES FEMMES DE 65 ANS ET PLUS

Le principal mécanisme de survenue des AcVC est la chute : dans 60 % des cas entre 0 et 10 ans, cette proportion passe par un minimum de 40 % entre 25 et 29 ans, pour remonter ensuite avec l'âge et atteindre 90 % des AcVC à 75 ans ou plus. Ces proportions sont plus éle-

vées quel que soit l'âge chez les femmes. Les chutes représentent donc 84 % des AcVC chez les 65 ans et plus. Elles correspondent en effectifs à environ 330 000 chutes accidentelles chaque année chez les femmes de cet âge.

Quand un élément extérieur a été identifié dans la survenue de la chute (72% des cas), il s'agissait le plus souvent du revêtement du sol (34 % des chutes renseignées), d'escaliers (8 %) ou d'un lit (6 %). Les autres éléments intervenant dans la chute étaient très variés : échelle, escabeau, chaise, table, chien, pantoufles, tabouret, clôture, égouts, etc. Ces chutes ont des pronostics semblables chez les femmes et chez les hommes : dans un tiers des cas elles ont été bénignes au sens où elles ont été suivies du retour au domicile après traitement aux urgences. Environ 30 % ont fait l'objet d'un traitement avec suivi ultérieur. Les autres chutes (un peu plus du tiers) ont donné lieu à une hospitalisation de court séjour après passage aux urgences. Le taux d'hospitalisation augmente avec l'âge : un peu plus du quart des chutes entre 65 et 69 ans, 44 % au-delà de 90 ans [Ricard, 2007]. Les fractures du col du fémur résultent le plus souvent de chutes. La prise en charge de ces fractures en milieu hospitalier porte sur environ 75 000 à 85 000 personnes chaque année, dont les neuf dixièmes sont âgées de 65 ans ou plus. Les femmes repré-

Tableau 1 • Effectifs et taux* de mortalité par accident de la vie courante selon l'âge et le sexe

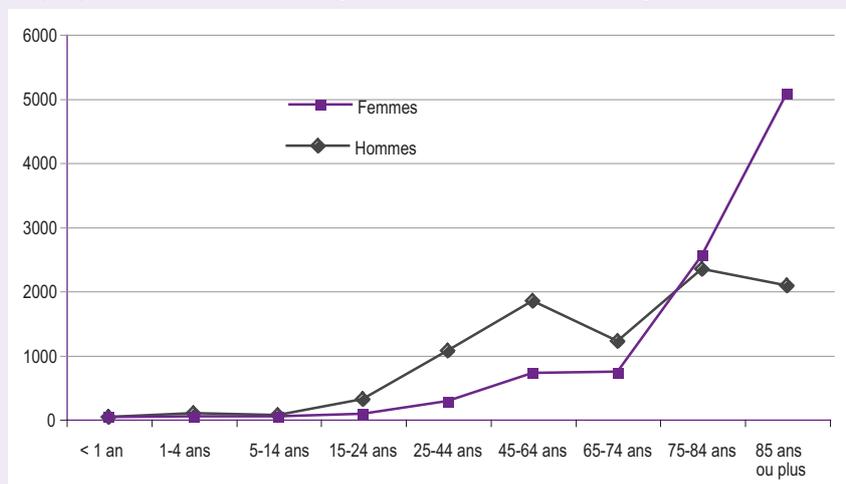
	Femmes		Hommes		Total	
	Effectifs	Taux	Effectifs	Taux	Effectifs	Taux
< 1 an	26	7,0	29	7,4	55	7,2
1-4 ans	43	2,9	90	5,7	133	4,3
5-14 ans	35	1,0	57	1,5	92	1,2
15-24 ans	80	2,1	309	7,7	389	4,9
25-44 ans	275	3,3	1064	12,7	1339	8,0
45-64 ans	718	9,5	1840	25,2	2558	17,3
65-74 ans	736	24,6	1209	52,2	1945	38,1
75-84 ans	2543	111,0	2338	160,9	4881	130,4
85 ans ou plus	5073	645,6	2083	700,0	7156	660,4
Total	9529	19,0	9019	32,5	18548	25,0

* Taux pour 100 000 personnes.

Champ : France métropolitaine en 2004.

Sources : INSERM-CépiDc.

Graphique 1 • Nombre de décès par AcVC en France selon l'âge



Champ : France métropolitaine en 2004.

Sources : INSERM-CépiDc.

définition

Un traumatisme est «une lésion corporelle provoquée de manière subite ou brève par une énergie violente sur l'organisme. Il peut s'agir d'une lésion physique résultant d'un transfert soudain ou excessif d'énergie qui dépasse le seuil de tolérance physiologique ou de l'atteinte d'une fonction résultant d'une privation d'un ou de plusieurs éléments vitaux (air, eau, chaleur), comme en cas de noyade, de strangulation ou d'hypothermie. Le laps de temps qui s'écoule entre l'exposition à l'énergie et l'apparition du traumatisme est bref» (Organisation mondiale de la santé, [Holder, 2004]). Cette dernière notion est importante, quoique imprécise, puisque le «délai court» entre l'exposition et le traumatisme n'est pas quantifié. Par opposition aux traumatismes intentionnels (suicides, violences, agressions), les traumatismes non intentionnels constituent les accidents à proprement parler. Ils sont habituellement répartis en accidents de la circulation, accidents du travail et accidents de la vie courante.

CHAMP • Mortalité et morbidité : France métropolitaine, population tous âges.

SOURCES • Mortalité : INSERM-CépiDc. Morbidité : InVS.

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • Effectifs et taux bruts. Ont été retenus les décès comportant en cause principale un des codes CIM 10 W00-W19, effectifs en cause principale. Les taux brut de mortalité, sont exprimés pour 100 000 = (nombre de décès/population moyenne de l'année en cours)* 100 000, taux standardisés par âge selon la population européenne (IARC, 1976).

LIMITES ET BIAIS • Mortalité : ceux de la certification et du codage des causes de décès. L'analyse a suivi la CIM10 qui n'inclut pas dans les décès par chute les décès à la suite d'une fracture sans autre indication. Morbidité : ceux de l'enquête permanente sur les accidents de la vie courante, implantée dans une dizaine de services d'urgence hospitaliers en France.

RÉFÉRENCES •

- Bourdessol H., Pin S., 2005, « Référentiel de bonnes pratiques : prévention des chutes chez les personnes âgées à domicile », INPES.
- Ermanel C., Thélot B., Jouglu E., Pavillon G., 2007, « Mortalité par accidents de la vie courante en France métropolitaine, 2000-2004 », *Bull Epidemiol Hebd*, 37-38 : 318-22, octobre.
- HAS, 2005, « Prévention des chutes chez la personne âgée à domicile. Recommandations pour la pratique clinique », novembre.
- www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Prevention_chutes_recos.pdf
- Holder Y., Peden M., Krug E., Lund J., Gururaj G., Kobusingye O., 2004, « Lignes directrices pour la surveillance des traumatismes », Genève, Organisation mondiale de la santé.
- 2005, « Les accidents de la vie courante en France selon l'enquête Santé et protection sociale 2002 », InVS, août.
- Philippakis A., Hemenway D., Alexe D.M., Dessypris N., Spyridopoulos T., Petridou E., « A quantification of preventable unintentional childhood injury mortality in the United States », *Inj Prev* 2004; 10 : 79-82.
- Pin Le Corre Bourdessol H., Guilbert P., 2007, « Prévention des chutes des personnes âgées à domicile. Un référentiel francophone de bonnes pratiques en santé communautaire », *Bull Epidemiol Hebd*, 37-38 : 329-32, octobre.
- Ricard C., Thélot B., 2007, « Plusieurs centaines de milliers de chutes chez les personnes âgées chaque année en France », *BEH*, 37-38 : 322-25, octobre.
- Thélot B., Ricard C., 2003 et 2005, « Résultats de l'enquête permanente sur les accidents de la vie courante », *Rapport des années 1999-2001*, décembre et *Rapport des années 2002-2003*, octobre, InVS.
- Thélot B., 2004, « Les accidents de la vie courante : un problème majeur de santé publique », *Bull Epidemiol Hebd*, 19-20 : 74-75, mai.

Accidents de la vie courante, chutes (suite)

sentent 70 % de ces fractures du col du fémur entre 65 et 74 ans, 78 % entre 75 et 84 ans et 84 % à partir de 85 ans. On estime que de l'ordre de 10 % des personnes âgées victimes d'une fracture du col du fémur finissent par en décéder dans les mois qui suivent [HAS, 2005].

■ LA PRÉVENTION DES CHUTES, UN OBJECTIF DE SANTÉ PUBLIQUE PRIORITAIRE, PARTICULIÈREMENT CHEZ LES FEMMES ÂGÉES

Du point de vue de la mortalité, le nombre de décès par AcVC est, en 2004, plus élevé chez les femmes que chez les hommes : 9 529 contre 9 019 (tableau et graphiques) [Ermanel, 2005]. Les deux tiers des décès par AcVC sont survenus chez les 75 ans ou plus : 12 037 décès dont 7 613 parmi la population féminine

(63 %). Ces effectifs très importants chez les femmes correspondent à un taux de mortalité de 19 pour 100 000 (contre 32,5 pour 100 000 chez les hommes). Entre 2000 et 2004 le taux¹ de décès par AcVC chez les femmes a régulièrement baissé, passant de 23,3 à 19 pour 100 000 (-16 %) ; cette diminution est plus nette que celle des hommes (de 38,1 à 32,5 pour 100 000, -15 %).

Les grands effectifs de décès par AcVC chez les femmes résultent du fait qu'elles sont plus nombreuses que les hommes aux âges élevés, que les chutes accidentelles sont nombreuses à ces âges, et qu'elles ont souvent des conséquences mortelles. Tous âges confondus, l'analyse des décès en tenant compte des causes associées [Ermanel, 2005] conclut que parmi les 18 548 décès par AcVC de 2004, 9 289 sont la conséquence d'une

chute, dont 5 488 décès de femmes (59 % des décès par chute). Plus des trois quarts de ces décès ont eu lieu au-delà de 75 ans.

La prévention des chutes est donc un objectif de santé publique, particulièrement chez les femmes âgées. Elle passe notamment par des stratégies de réduction des incapacités chez les personnes âgées. Un groupe d'experts de France, de Belgique, de Québec et de Suisse a réalisé un état des connaissances scientifiques dans ce domaine et proposé des recommandations de bonnes pratiques à partir d'une revue de la littérature et de l'analyse de programmes proposés dans les pays concernés [Pin, 2007]. Le « Référentiel francophone de bonnes pratiques en santé communautaire » propose plusieurs volets d'intervention de prévention des chutes [Bourdessol, 2005] en partant de l'identification du risque de chute, étape primordiale qui permet d'adapter le programme au profil de la personne âgée. Trois niveaux d'intervention sont proposés selon que la personne ne présente pas de risque, un risque modéré ou un risque élevé de chuter. La diffusion de ces recommandations de bonnes pratiques devrait permettre d'augmenter l'offre d'interventions de prévention des chutes, d'améliorer leur qualité et d'inciter à l'évaluation de tels programmes. La Haute Autorité en santé a également publié en 2005 des recommandations pour la prévention des chutes des personnes âgées à domicile. ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA FICHE • INVS

1. Il s'agit de taux standardisés sur l'âge selon la méthode directe sur la population française de 1990.

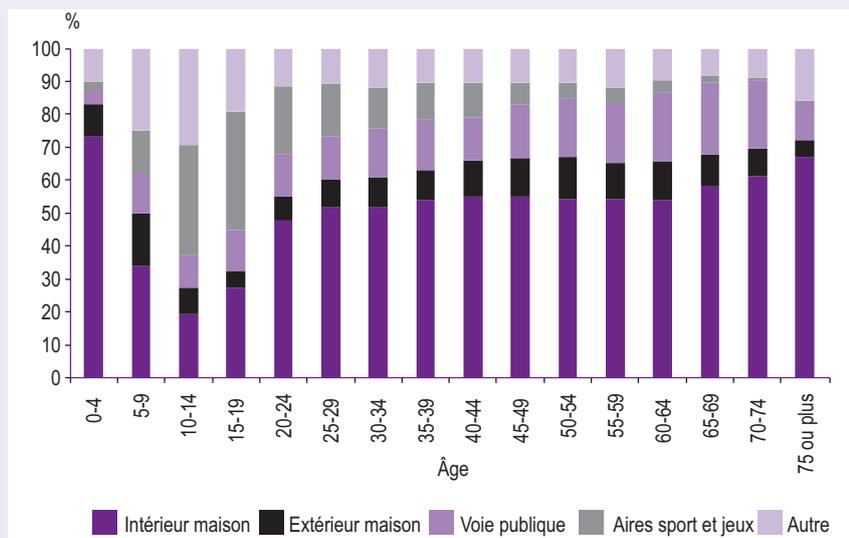
synthèse

Les accidents de la vie courante (AcVC) sont globalement moins fréquents chez les femmes que chez les hommes. Sur les 4,5 millions d'AcVC avec recours aux urgences en France métropolitaine estimés annuellement, 42 % surviennent chez les femmes. Cependant, au-delà de 65 ans, les AcVC sont plus nombreux chez les femmes, même en tenant compte des effets de structure de la population, puisque 7 AcVC pour 100 femmes contre 4 AcVC pour 100 hommes surviennent dans cette tranche d'âge.

Chez les femmes, les AcVC surviennent plus fréquemment au domicile et les chutes représentent 84 % des cas. Le pronostic est souvent défavorable puisque dans plus du tiers des cas, ces chutes donnent lieu à une hospitalisation de court séjour après passage aux urgences, ce taux augmentant avec l'âge (44 % au-delà de 90 ans). Une complication majeure concerne les fractures du col du fémur puisqu'environ 10 % des personnes âgées victimes d'une fracture du col décéderont dans les mois qui suivent l'accident.

La prévention des chutes est donc un objectif de santé publique, particulièrement chez les femmes âgées. Elle passe notamment par la diffusion et l'application des recommandations de bonnes pratiques élaborées par l'INPES et la HAS sur le thème de la prévention des chutes chez les personnes âgées.

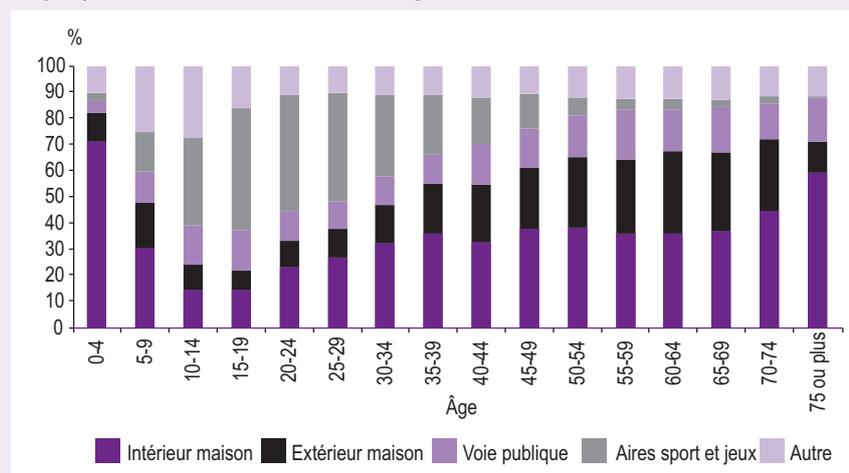
Graphique 2 • AcVC en France selon l'âge et le lieu chez les femmes



Champ : France métropolitaine en 2004.

Sources : EPAC.

Graphique 3 • AcVC en France selon l'âge et le lieu chez les hommes



Champ : France métropolitaine en 2004.

Sources : EPAC.

Les accidents graves dans l'enquête Événements de vie et santé

L'enquête Événements de vie et santé (EVS), réalisée par la DREES et l'INSEE en 2005-2006, permet de repérer les accidents graves ayant entraîné une consultation médicale ou une hospitalisation, ainsi que les accidents qui ont eu pour conséquence une maladie, des limitations ou un handicap. Selon cette définition, 18 % des personnes âgées de 18 à 75 ans déclarent avoir eu au cours de leur vie un accident de la vie courante. Ce résultat paraît au premier abord relativement faible par rapport à d'autres sources.

À titre de comparaison, d'après l'enquête Santé et protection sociale (ESPS), réalisée par l'IRDES en 2002, le taux d'incidence d'accidentés de la vie courante pour l'ensemble de la population est de 5,1 % par trimestre, soit une estimation de 18,9 % par an, sous l'hypothèse d'indépendance de la survenue d'un accident d'un trimestre à l'autre. Les résultats d'EVS sur la vie entière apparaissent donc au même niveau que l'estimation du taux d'incidence annuel à partir d'ESPS. Tout d'abord, l'enquête EVS introduit un critère de gravité de l'événement.

– soit le terme « grave » est employé dans la question « Au cours de votre vie, avez-vous eu un ou plusieurs accidents graves, ayant entraîné une consultation chez un médecin, dans un hôpital ou une hospitalisation ? » ;

– soit l'accident a entraîné une maladie, une limitation ou un handicap.

Par ailleurs, la période d'observation de l'enquête – la vie entière – conduit à une sélection des accidents les plus graves, notamment parmi les événements les plus anciens. Pour l'enquête ESPS, la période plus courte d'observation – les trois derniers mois – pourrait au contraire entraîner la déclaration d'événements s'étant produits juste avant la période d'observation, les enquêtés ayant tendance à rapprocher la date d'un accident par rapport à la date de l'enquête [Philippakis, 2004].

D'après l'enquête EVS, les femmes sont nettement moins touchées que les hommes. Seulement 13 % d'entre elles déclarent avoir subi un accident grave de la vie courante, contre 23 % des hommes. Les différences sont particulièrement marquées pour les accidents de sport ou de loisirs (6 % contre 14 %), ce qui peut s'expliquer par une moindre pratique et peut-être par une moindre prise de risque.

encadré

Violences sexuelles

En 2000, l'enquête nationale sur les violences envers les femmes en France (ENVEFF) a été la première enquête statistique à questionner en détail les violences faites aux femmes, et notamment les violences sexuelles. Elle a été relayée depuis par diverses enquêtes qui portent à la fois sur les femmes et les hommes. Au-delà des différences de concepts, de champs couverts par les enquêtes et de protocoles adoptés pour recueillir les informations, cette analyse présente une synthèse des résultats sur les violences sexuelles, en dégagant les grandes spécificités de la victimation féminine.

■ LES VIOLENCES SEXUELLES : UNE GRANDE DIVERSITÉ DE FAITS

Sous le qualificatif de « violences sexuelles », la nature des faits retenus dans les questionnaires des enquêtes statistiques peut différer (encadré ; tableau 1). Selon les cas, figurent ou non les attouchements (contrainte pour en pratiquer ou en subir), les tentatives de rapports sexuels forcés et les rapports sexuels forcés (usage de la force, de menaces, de la contrainte ou de la surprise). D'autres agressions à caractère sexuel peuvent aussi faire l'objet de questionnements : être contraint(e) à des rapports sexuels avec un tiers ; à se déshabiller devant quelqu'un ou être exposé(e) à du voyeurisme ; être confronté(e), contre son gré, à une personne qui se déshabille ou exhibe ses organes sexuels ; devoir pratiquer des gestes sexuels que l'on refuse ; subir un contact physique comme être embrassé(e) de force, « peloté(e) » (fesses, seins...) ; subir des avances sexuelles insistantes ou devoir regarder des images pornographiques ; subir des conversations ou des appels téléphoniques à caractère pornographique.

L'ENVEFF est l'enquête qui couvre la plus large étendue de faits [Jaspard *et al.*, 2003], mais aucune enquête ne permet de connaître toutes ces agressions dans tous leurs contextes de survenue (violences conjugales, intrafamiliales, lieu de travail, espaces publics, domicile...) à la fois dans la période récente et sur la vie entière des personnes interrogées. Par conséquent, toute analyse ou comparaison de résultats doit manifester une grande prudence.

■ PLUS DE VICTIMES DE VIOLENCES SEXUELLES PARMI LES FEMMES

D'après l'enquête Événements de vie et santé (EVS, 2005-2006), 7 % des 18-75 ans disent avoir subi des attouchements, des rapports sexuels forcés et des tentatives de rapports

forcés tout au long de leur vie, soit 11 % des femmes et 3 % des hommes.

Cette surexposition des femmes s'observe aussi bien pour les violences commises par une personne résidant habituellement avec la victime, comme le montre l'enquête Cadre de vie et sécurité (CVS), que pour celles commises par un auteur extérieur au ménage (tableau 2). Elle est encore plus marquée pour les viols. Les femmes victimes représentent ainsi la totalité des victimes de viols repérées par l'enquête CVS parmi les 18-60 ans, pour les années 2005 et 2006 : 130 000 femmes violées environ, soit plus d'un quart des victimes de l'ensemble des violences sexuelles mesurées dans cette enquête [Observatoire national de la délinquance, 2007].

■ DES ATTEINTES PRÉCOCES, MAIS L'ÂGE ADULTE DEMEURE AUSSI POUR LES FEMMES UNE PÉRIODE CRITIQUE

L'enquête EVS montre que, comme pour les violences physiques à caractère non sexuel, la précocité de survenue des violences sexuelles au cours de la vie est très nette. Ces résultats convergent avec l'ENVEFF [Jaspard *M.*, 2003] et CSF [Bajos *N.*, Bozon *M.*, 2008(1)]. Un tiers des femmes victimes d'attouchements, rapports forcés ou tentatives de rapports forcés est déjà concerné avant d'avoir atteint l'âge de 11 ans (graphique 1). Les hommes, beaucoup moins nombreux, sont aussi concernés très tôt dans des proportions identiques. Alors que l'adolescence se présente, pour les filles et les garçons, comme la période d'exposition la plus forte, l'âge adulte concerne davantage les femmes que les hommes victimes. Un tiers des femmes victimes de violences sexuelles a subi ce type de violences à 20 ans ou plus, contre un homme sur cinq.

Si l'on ajoute à cela que, toutes choses égales par ailleurs¹, le nombre de conjoints

avec lesquels la personne a vécu au cours de sa vie exerce pour les femmes un effet aggravant sur la probabilité d'avoir subi des agressions sexuelles, le contexte des relations de couple apparaît comme un cadre où les femmes sont particulièrement exposées à ce type de violences par rapport aux hommes².

■ DES VIOLENCES QUI TRAVERSENT LES FRONTIÈRES ENTRE GROUPES SOCIAUX

Des différentes enquêtes récentes, il ressort que les violences sexuelles faites aux femmes et aux hommes touchent globalement toutes les catégories sociales. Plutôt qu'en termes de milieu social, les violences sexuelles doivent être mises en regard de la biographie affective et sexuelle des individus, comme cela apparaît déjà ci-dessus à propos du nombre de conjoints au cours de la vie. Ainsi, d'après CSF [Bajos, Bozon, 2008a] et l'ENVEFF [Jaspard, 2003], l'attirance et les pratiques homosexuelles déclarées sont fréquemment associées au fait d'avoir subi des violences sexuelles. Mais cette corrélation ne reçoit pas d'explication évidente : par exemple, on ne peut dire si des violences ont été exercées dans le cadre de ces relations ou non, si certains des événements violents sont en rapport avec de l'homophobie, ni connaître les cas dans les-

1. Raisonnement à âge (30-54 ans), niveau de diplôme le plus élevé obtenu (CAP, BEP ou équivalent), lien à la migration (ni immigrée ni enfant de parents étrangers à la naissance nés à l'étranger), situation par rapport au travail (active occupée), type de ménage (ménage composé exclusivement d'un couple avec un ou plusieurs enfants), niveau de revenu par unité de consommation (2^e quartile) et nombre de conjoints au cours de la vie (un seul) donnés.

2. Ce n'est qu'à partir de trois conjoints ou plus au cours de la vie que le risque d'être surexposé à ces violences sexuelles est accru, pour les hommes. Pour les femmes, avoir eu deux conjoints ou trois ou plus exerce un effet aggravant, et dans de plus fortes proportions que pour les hommes.

Comment interpréter les différences de niveaux de victimation et leur évolution ?

Les résultats des enquêtes statistiques sur les violences, notamment sexuelles, ne présentent pas toujours une comparabilité immédiate. La diversité des niveaux de victimation est à analyser en relation avec les différences de champs, de définitions des violences ou de périodes de référence, mais aussi de protocoles de collecte.

Le protocole de collecte de toute enquête, même précautionneux et confidentiel, se heurte à la sous-déclaration des agressions sexuelles, car nombre d'enquêtés dissimulent délibérément les situations qu'ils ont vécues ou opèrent un « tri » moins conscient parmi les événements difficiles de leur vie. L'idée est alors de favoriser la confiance et le dialogue, pour limiter cet effet d'omission. À partir d'exemples (et sans viser à l'exhaustivité), le tableau 1 illustre la délicate comparaison des résultats entre enquêtes et guide vers des éléments d'explication de certaines différences.

Pour illustrer l'influence du protocole de collecte sur les résultats, comparons les pourcentages de femmes ayant subi des violences sexuelles d'après les enquêtes Cadre de vie et sécurité (CVS) et Événement de vie et santé (EVS). D'après CVS, réalisée en 2007, 2 % de femmes de 18 à 60 ans déclarent avoir été victimes d'attouchements ou de rapports sexuels forcés et, d'après EVS (2005-2006), 0,4 % de femmes de 18 à 75 ans ont été victimes d'attouchements, de rapports sexuels forcés (ou de tentatives). Ces deux chiffres portent sur des périodes de même durée (violences subies au cours des deux dernières années), sur des personnes d'âge proche. Malgré ces similitudes, les résultats diffèrent nettement et, surtout, le chiffre le plus faible est celui qui recouvre *a priori* le plus de faits, puisque EVS inclut les tentatives de rapports forcés, non pris en compte dans CVS. Les différences sont donc à analyser au travers des différences de collecte des informations. Si le taux de victimation obtenu dans CVS est

nettement plus élevé que celui qu'affiche EVS, c'est sans doute principalement parce que CVS a recueilli les informations sur les violences sexuelles de manière très confidentielle sur l'ordinateur des enquêteurs, qui n'étaient donc pas dépositaires des réponses, alors qu'EVS a recueilli ces informations lors d'un entretien en face-à-face avec un enquêteur : il est certainement plus difficile de dire les faits, même à une personne astreinte à la confidentialité, que de cocher des réponses sans « témoin ». Anticipant ces limites, l'enquête EVS avait tenté de les pallier en introduisant à ce sujet une question « de rattrapage » dans la partie auto-administrée par ordinateur de son questionnaire. Cela n'a visiblement pas suffi. Mais le fait qu'un quart des personnes ayant déclaré ce type de victimation dans EVS l'ait fait à l'occasion de cette question plaide, comme le résultat de CVS, en faveur de la méthode auto-administrée par ordinateur pour le questionnement sur les violences sexuelles.

EVS a développé un questionnaire auto-administré par ordinateur, selon l'équivalent de la méthode audio-CASI déjà éprouvée dans les pays anglo-saxons mais encore jamais utilisée en France auparavant. Celui-ci porte sur les comportements sexuels, la consommation d'alcool et de drogues illicites. Les questions sur les violences (notamment sexuelles) n'étaient pas dans ce module, mais aux enquêtés ayant déclaré en face-à-face n'avoir jamais subi d'attouchements, tentatives ou rapports forcés, a été posée à nouveau la même question en mode auto-administré. Celle-ci permettait aux personnes n'ayant pas souhaité en parler devant un enquêteur ou en présence d'une personne du ménage si l'entretien se déroulait devant un tiers, de déclarer ces événements de façon plus « protégée ». L'enquête CVS, intervenue après EVS, a soumis le questionnement portant sur les violences physiques dans le ménage d'une part, sexuelles d'autre part (que leur auteur fasse ou non partie du ménage) à un protocole analogue.

Tableau 1 • Les femmes victimes de violences sexuelles : mesure dans cinq enquêtes en population générale (ENVEFF, baromètre Santé, EVS, CVS et CSF)

Enquête statistique	Date	Période de référence de la question posée	Champ de l'enquête	Nature des violences sexuelles	Femmes victimes en %	Protocole de collecte	Nombre de répondants
Enquête nationale sur les violences envers les femmes en France (ENVEFF)	2000	Vie entière (moins les 12 derniers mois)	Femmes de 20 à 59 ans	Attouchements	5,4	Téléphone	6 970 femmes
				Tentatives de rapports sexuels forcés	5,7		
				Rapports sexuels forcés	2,7		
				Contraintes à des rapports sexuels avec un tiers	0,2		
				Au moins une de ces quatre agressions sexuelles	11,0		
Baromètre Santé	2005	Vie entière	Hommes et femmes de 12 à 75 ans	Rapports sexuels forcés	4,1 (1)	Téléphone	13 182 hommes et 17 332 femmes
Événements de vie et santé (EVS)	2005-2006	24 derniers mois Vie entière (moins les 24 derniers mois)	Hommes et femmes de 18 à 75 ans	Attouchements, rapports sexuels forcés ou tentatives	0,4	Face-à-face + question de rattrapage auto-administrée par ordinateur (méthode audio-CASI)	4 328 hommes et 5 625 femmes
				Attouchements, rapports sexuels forcés ou tentatives	11,0		
Contexte de la sexualité en France (CSF)	2005-2006	Vie entière	Hommes et femmes de 18 à 69 ans	Rapports sexuels forcés ou tentatives	16,0	Téléphone	5 540 hommes et 6 824 femmes
Cadre de vie et sécurité (CVS)	2007	24 derniers mois	Hommes et femmes de 18 à 60 ans	Attouchements ou rapports sexuels forcés dont l'auteur ne vit pas avec la victime	1,5	Auto-administration par ordinateur (méthode audio-CASI)	5 309 hommes et 6 437 femmes
				Attouchements ou rapports sexuels forcés dont l'auteur vit avec la victime	0,6		
				Attouchements ou rapports sexuels forcés, tous auteurs confondus	2,0		
				Viols (définis dans la question comme rapports sexuels forcés)	0,7		
				Viols (définis dans la question comme rapports sexuels forcés) et tentatives de viols	1,2		

(1) Calcul effectué sur les femmes de 15 à 75 ans. Ce résultat figure parmi les premiers résultats en ligne du baromètre Santé 2005, dans la synthèse « Les actes de violence physique ».

Violences sexuelles (suite)

quels, après des violences sexuelles précoces au cours de la vie, les personnes ont pu s'orienter vers une sexualité homosexuelle.

■ L'AUTEUR DES VIOLENCES SEXUELLES : UN HOMME FAISANT PARTIE DES PROCHES DE LA VICTIME

Dans la presque totalité des cas, les violences sexuelles sont commises par des hommes. Les agresseurs sont en outre le plus souvent des personnes seules : c'est le cas pour 92 % des femmes et 95 % des hommes victimes de 18 à 69 ans ayant été victimes de violences sexuelles (CSF).

Les différentes sources s'accordent aussi à établir que les auteurs de violences sexuelles inconnus de leurs victimes avant les faits sont une minorité : 17 % des cas selon CSF [Bajos, Bozon, 2008b], pour les femmes et hommes victimes de 18 à 69 ans, et moins d'un quart des femmes victimes de 20 à 59 ans d'après l'ENVEFF. Lorsqu'il s'agit d'agresseurs connus, les femmes sont davantage victimes de membres de leur entourage proche (père, beau-père, conjoint, partenaire, autres personnes de la famille, ami ou copain) que les hommes.

En outre, selon l'Observatoire national de la délinquance [OND, 2007], les femmes victimes en 2005 et 2006 d'agressions sexuelles de la part d'un membre de leur ménage sont plus souvent violées que lorsque l'auteur des faits n'y réside pas avec elles. Ces violences doivent aussi être lues sous l'angle de la violence dans la relation de couple. En effet, 57 % des femmes de 18 à 60 ans déclarant avoir subi des violences physiques ou sexuelles de la part d'un agresseur résidant dans leur foyer désignent leur conjoint comme auteur principal ou unique de l'ensemble

des atteintes. Violences physiques et sexuelles confondues, 2,6 % des femmes de 18 à 60 ans vivant en couple ont subi en 2005-2006 des atteintes de la part de leur conjoint.

Plus souvent victimes que les hommes de violences physiques ou sexuelles exercées par une personne corésidente et de manière plus répétée, les femmes font face à des conséquences plus graves en matière de santé. En 2005 et 2006, 48 % des femmes qui ont subi des violences physiques ou sexuelles, dont l'auteur est le conjoint, déclarent des blessures, contre 10 % des hommes [Observatoire national de la délinquance, 2007]. Au-delà de ces effets directs et immédiats sur la santé, la probabilité de réaliser au moins une tentative de suicide au cours de sa vie est fortement accrue après avoir subi des rapports sexuels forcés (ou tentatives) ou des attouchements. 5 % des 18-75 ans déclarent avoir réalisé au moins une tentative de suicide, 21 % des femmes et 11 % des hommes victimes de ces atteintes sont dans ce cas³.

■ LES FEMMES, SURTOUT LES PLUS JEUNES, PARLENT PLUS QUE LES HOMMES, MAIS LA PAROLE RESTE DIFFICILE

L'ENVEFF établit que la moitié des femmes de 20 à 59 ans victimes sur leur vie entière (moins les 12 derniers mois) d'attouchements, rapports sexuels forcés (ou tentatives) n'en ont jamais parlé avant d'être interrogées à ce sujet dans l'enquête. Le viol apparaît comme la moins dicible des agressions : 57 % de cas où les violences sont suivies du silence de la victime. L'identité de l'agresseur influe aussi fortement sur la parole de la victime, les cas où il

s'agit d'un membre de la famille ou du conjoint apparaissant comme les plus difficiles à dévoiler [Tournyol du Clos, Le Jeannic, 2008]. La répétition des faits sur la durée est également associée au silence, la parole de la victime semblant exercer un effet préventif du cumul des agressions [Jaspard, *et al.*, 2003].

L'enquête CSF obtient des résultats assez proches de ceux de l'ENVEFF. La moitié seulement des femmes et des hommes âgés de 18 à 69 ans victimes de rapports sexuels forcés (ou tentatives) ont révélé ces faits à un tiers : 46 % des femmes et 62 % des hommes interrogés en parlaient pour la première fois à l'occasion de l'enquête [Bajos N., Bozon M., 2008a]. Le silence pesant sur les agressions commises par les membres de la famille et pendant l'enfance semble reculer, par rapport aux résultats de l'ENVEFF. Et si les femmes parlent plus souvent que les hommes des événements vécus, avant d'être sollicitées pour l'enquête, ce sont surtout les plus jeunes qui brisent le silence : 71 % des femmes de 18 à 24 ans ont parlé des rapports forcés (ou tentatives) subis contre 44 % des hommes du même âge.

Il faut veiller à différencier deux types de dévoilement, en rappelant que, lorsqu'une personne révèle ce qu'elle a vécu, dans le cadre public mais anonyme d'une enquête statistique, il s'agit d'un acte très différent de celui qui consiste à pouvoir « parler » (à l'entourage, aux soignants, aux services de police ou de justice). Les progrès les plus sensibles sont sans doute aujourd'hui ceux des déclarations recueillies dans les enquêtes, puisque 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 ; 90 % de ces victimes n'effectuent aucun signalement à la police ou la gendarmerie [Observatoire national de la délinquance, 2007]. ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA FICHE • DREES

3. Les écarts de fréquence des tentatives de suicide résistent à une analyse toutes choses égales par ailleurs. Sources : EVS, DREES, 2005-2006.

Tableau 2 • Victimes d'attouchements ou rapports sexuels forcés émanant d'auteurs résidant ou non au sein du ménage (2005-2006)

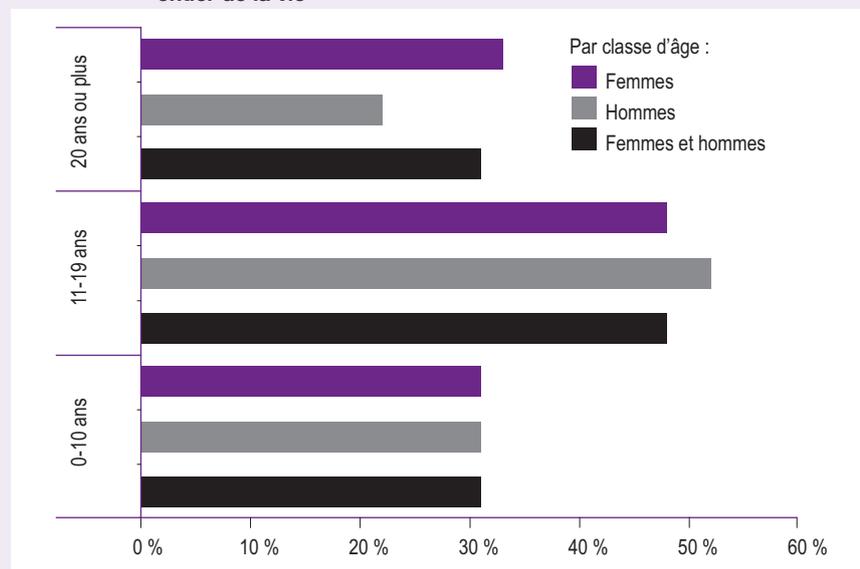
	Victime masculine	Victime féminine
L'auteur des faits ne réside pas au sein du ménage	89 000	262 000
L'auteur des faits réside au sein du ménage	27 000	114 000
Victimes de violences sexuelles tous auteurs confondus	116 000	356 000

Lecture : 262 000 femmes de 18 à 60 ans se déclarent victimes d'attouchements ou de rapports sexuels forcés émanant d'un auteur qui ne réside pas dans leur ménage, pour les années 2005 et 2006. Alors que les hommes victimes se répartissent en deux groupes totalement distincts, selon que l'auteur des violences sexuelles coréside ou non avec la victime (116 000 = 89 000 + 27 000), 20 000 femmes sont victimes de violences sexuelles émanant à la fois d'auteurs intérieurs et extérieurs à leur ménage (356 000 < 262 000 + 114 000).

Champ : Personnes âgées de 18 à 60 ans et résidant en ménage ordinaire.

Sources : Questionnaires individuels, enquête Cadre de vie et sécurité 2007, OND-INSEE (d'après le rapport annuel 2007 de l'OND, p. 37).

Graphique 1 • Victimes d'attouchements, rapports sexuels forcés (ou tentatives) par classe d'âge, parmi les victimes de ces violences sur le cours entier de la vie



Lecture : 31 % des personnes déclarant avoir subi des attouchements, tentatives ou rapports sexuels forcés sur le cours entier de leur vie (24 derniers mois exclus) ont été exposées à ces violences pendant l'enfance (0-10 ans), 48 % y ont été exposées entre 11 et 19 ans et 31 % à l'âge de 20 ans ou plus tard. Le total est supérieur à 100 %, du fait de l'existence de personnes ayant subi ces violences à deux, voire trois périodes de leur vie : 12 % des femmes et 5 % des hommes victimes ont ainsi subi des violences à plusieurs périodes de leur vie, en cumulant des violences sexuelles subies le plus souvent à l'enfance et à l'adolescence.

Champ : Victimes d'attouchements, rapports sexuels forcés (ou tentatives), âgées de 18 à 75 ans et résidant en ménage ordinaire.

Sources : Enquête EVS, DREES, 2005-2006.

RÉFÉRENCES •

- Bajos N., Bozon M., 2008a, « Les violences sexuelles en France : quand la parole se libère », *Population & Sociétés*, n° 445, mai.
- Bajos N., Bozon M., 2008b, *Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé*, La Découverte, p. 381-407.
- Beck F. et al., 2008, *Baromètre Santé 2005. Attitudes et comportements de santé*, Saint-Denis, INPES.
- Cavalin C., 2007, « Les violences subies par les personnes âgées de 18 à 75 ans. Premiers résultats de l'enquête Événements de vie et santé », DREES, *Études et Résultats*, n° 598, septembre.
- Debauche A., 2007, « Enquêter sur le viol : entre sexualité et violence », in Chetcuti N., Jaspard M., *Violences envers les femmes. Trois pas en avant deux pas en arrière*, L'Harmattan, p. 75-94.
- Jaspard M. et al., 2003, *Les violences envers les femmes en France. Une enquête nationale*, la Documentation française.
- Jaspard M. et l'équipe ENVEFF, 2001, « Nommer et compter les violences envers les femmes : une première enquête nationale en France », *Population & Sociétés*, n° 364, janvier.
- Observatoire national de la délinquance, 2007, *La criminalité en France. Rapport de l'Observatoire national de la délinquance*, CNRS.
- Tournyol du Clos L., Le Jeannic T., 2008, « Les violences faites aux femmes », INSEE, *INSEE Première*, février.

ORGANISME RESPONSABLE DE L'ENQUÊTE • DREES.

SOURCES • Enquête nationale sur les violences envers les femmes en France (ENVEFF, 2000) Institut de démographie de Paris 1 (IDUP) – Réalisée par téléphone auprès de 7 000 femmes âgées de 20 à 59 ans, l'ENVEFF a établi les premiers constats sur les violences subies par les femmes résidant en ménages ordinaires : violences verbales, physiques, sexuelles, psychologiques. Il en ressortait en particulier qu'environ 50 000 femmes de 20 à 59 ans étaient victimes de viols sur la durée d'une année [Jaspard et l'équipe ENVEFF, 2001], résultat relativement proche des 130 000 viols de femmes de 18 à 60 ans comptabilisés par CVS sur une période de deux ans (2005-2006).

Baromètre Santé 2005, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) – En 2005, cette enquête a interrogé par téléphone 30 000 hommes et femmes âgés de 12 à 75 ans sur leurs comportements de santé. Des questions portent sur les violences physiques (coups, blessures) subies mais aussi agies, et les « rapports sexuels forcés », « tentatives de rapports forcés » et « rapports forcés ». Les questions sur la sexualité et les violences sexuelles ne sont posées qu'aux enquêtés de 15 ans et plus, âge de la majorité sexuelle.

Événements de vie et santé (EVS, 2005-2006), Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) – Cette enquête a interrogé 10 000 hommes et femmes âgés de 18 à 75 ans, d'abord en face-à-face à propos de leur santé, des événements difficiles qu'ils avaient vécus tout au long de leur vie, des violences subies dans les 24 mois précédant l'entretien et de celles survenues avant cette période, sur le cours entier de leur vie (questionnement moins détaillé). L'enquête inclut les atteintes aux biens (vols et tentatives, cambriolages, dégradations de biens) et les violences interpersonnelles (verbales, physiques, sexuelles, psychologiques). L'entretien se poursuit par un questionnaire auto-administré par ordinateur avec interface audio portant sur les comportements sexuels, la consommation d'alcool, de drogues illicites et, grâce à une question de « rattrapage », sur certaines violences sexuelles (encadré).

Contexte de la sexualité en France (CSF, 2005-2006), Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) et INED – Réédition de l'enquête Analyse du comportement sexuel des Français (ACSF) de 1992, l'enquête CSF s'est centrée sur les évolutions des pratiques sexuelles dans un contexte marqué par des interrogations sur le relâchement possible des pratiques préventives à l'encontre de l'infection à VIH. 12 000 hommes et femmes de 18 à 69 ans ont été interrogés par téléphone, le questionnaire se déroulant pour une large part dans une perspective biographique pour connaître, en rapport avec les relations affectives marquantes de leur parcours, leurs pratiques sexuelles et préventives. Les questions sur les violences sexuelles interviennent presque en toute fin d'entretien.

Cadre de vie et sécurité 2007 (CVS, 2007), Observatoire national de la délinquance (OND) et Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) – L'enquête Cadre de vie et sécurité de janvier 2007 compte parmi ses objectifs ceux d'une enquête de victimation « traditionnelle », à savoir notamment comparer les crimes et délits dont se déclarent victimes les enquêtés aux statistiques annuelles d'activité de la gendarmerie et de la police (« état 4001 »). En 2007, pour la première fois, cette enquête qui a connu des éditions antérieures (mais sur de moins gros échantillons et avec un degré de détail moindre) distingue les violences physiques à caractère non sexuel des violences sexuelles, et sépare les violences, selon que celles-ci ont ou non été perpétrées par une personne vivant habituellement avec la victime. En particulier, un questionnaire auto-administré par ordinateur (voir enquête EVS) a été réservé aux violences physiques exercées par un membre du ménage dans les deux années écoulées, ainsi qu'aux violences sexuelles, quel qu'en soit l'auteur.

santé et travail



Risques psychosociaux

L'intérêt pour l'étude des facteurs psychosociaux au travail et leurs conséquences sur la santé est récent en France. Pourtant, dans les pays industrialisés, les études épidémiologiques se multiplient depuis le début des années 1980 et décrivent des liens causaux entre l'exposition à ces 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.

L'étude des risques psychosociaux en épidémiologie s'appuie sur différents modèles de « stress au travail » dont deux principaux, le modèle « demande psychologique/latitude décisionnelle » de Karasek et celui de Siegrist « effort/récompense » (encadré).

Ils sont développés dans cette fiche et complétés par d'autres indicateurs psychosociaux, contribuant à enrichir le tableau descriptif de cette problématique.

■ LES FEMMES PLUS SOUVENT SOUMISES À UNE TENSION AU TRAVAIL

D'après le modèle de tension au travail de Karasek, le risque de pathologie au travail se définit, pour le salarié, comme la combinaison d'une forte demande psychologique et d'une faible latitude décisionnelle, c'est-à-dire une forte charge de travail (quantité, intensité, complexité), sans possibilité d'utiliser ou de développer ses compétences et sans marge de manœuvre.

Ce sont les femmes qui sont les plus fréquemment soumises à cette combinaison : 28,2 % contre 19,6 % (tableau 1). À catégorie socioprofessionnelle égale, elles subissent une « demande psychologique » plus forte que les hommes (excepté les cadres et les employées administratifs) et surtout disposent plus souvent d'une faible « latitude décisionnelle ». C'est parmi les ouvriers, particulièrement les non qualifiés, que l'écart est le plus important. Pour les employées de commerce ou de service et pour les ouvrières cette situation est aggravée par un faible soutien social.

■ LES FEMMES PLUS EXPOSÉES AU MANQUE DE RECONNAISSANCE ET AU SURINVESTISSEMENT

Selon le modèle de Siegrist qui met en balance d'une part, les efforts consentis par les salariés tels que les pressions temporelles, responsabilités, exigence croissante de travail, et d'autre part, les récompenses obtenues telles que gratifications financières, estime, perspectives de promotion et sécurité d'emploi, l'exposition aux efforts extrinsèques ne diffère pas selon le genre, en dehors de la catégorie des ouvriers pour laquelle les femmes sont plus exposées que les hommes. En revanche, les femmes sont significative-

ment plus exposées aux faibles récompenses et au surinvestissement dans le travail, particulièrement parmi les catégories professionnelles les moins favorisées, employés et ouvriers (tableau 2). Chez les femmes, la dégradation des efforts extrinsèques augmente avec l'âge. Le surinvestissement est plus fréquemment observé dans les classes d'âge extrêmes. Enfin, la classe d'âge des 40-50 ans se déclare la plus exposée aux faibles récompenses.

■ LES FEMMES DÉCLARENT ÊTRE VICTIMES DE DISCRIMINATIONS AU TRAVAIL ET D'AGRESSIONS PHYSIQUES ET VERBALES

D'après les données issues du programme Samotrace (encadré), environ 7,5 % des femmes déclarent avoir été victimes de discrimination au travail dans les 12 derniers mois. Chez les hommes la fréquence n'est que de 4 %. Les discriminations les plus fréquentes sont liées au sexe et à l'âge. Il n'y a pas de différence significative entre les grandes catégories professionnelles chez les femmes.

Au contact du public, une femme sur quatre et deux hommes sur dix déclarent avoir été victimes d'une agression verbale ou physique dans les 12 mois précédant l'enquête (tableau 3). Les agressions physiques ou

sexuelles demeurent très peu nombreuses, alors que les agressions verbales sont fréquentes. Dans les professions qualifiées, les femmes déclarent plus souvent avoir été victimes d'agression que les hommes.

La fonction exercée joue aussi un rôle important : les salariés travaillant au guichet, au standard ou au secrétariat sont particulièrement exposés aux agressions (28 %), tout comme ceux qui exercent des fonctions commerciales (27 %) ou médicales et d'enseignement (33 %), alors que c'est moins le cas dans les fonctions de production (12 %), de maintenance (16 %) ou de direction (18 %).

Parmi les professions à dominante masculine¹, les agents de sécurité sont plus particulièrement concernés par les agressions. Les professions « féminines » les plus touchées sont celles de la santé et du travail social (infirmier(e)s, aides soignants et agents de service hospitaliers), ainsi que les hôtesses d'accueil. ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA FICHE •
InVS – DARES

1. Sont considérées professions « masculines » ou « féminines » les professions dans lesquelles le sexe majoritaire est représenté à plus de 85 %.

synthèse

Quel que soit l'indicateur, les résultats soulignent une exposition aux facteurs psychosociaux au travail supérieure chez les femmes par rapport aux hommes, ce qui est en accord avec les données internationales. Ainsi, près d'une femme sur trois est exposée à la tension au travail alors que c'est le cas pour près un homme sur cinq. Quels que soient les modèles de stress au travail, ces écarts sont les plus importants pour les catégories les moins favorisées, les ouvriers et les employés, surtout pour l'exposition au déséquilibre effort/récompense. Dans la population des femmes au travail, ces expositions varient selon la catégorie professionnelle, le secteur et la classe d'âge, mais pas toujours de manière identique selon l'indicateur.

Tableau 1 • Proportion de salariés exposés à la tension au travail (Karasek) par sexe et catégorie socioprofessionnelle

	Femmes	Hommes
Cadres	15,0	10,3
Professions intermédiaires	23,3	16,3
Employés administratifs	31,6	30,1
Employés de commerce ou de service	30,5	24,7
Ouvriers qualifiés	36,3	22,8
Ouvriers non qualifiés	36,1	23,3
Ensemble	28,2	19,6

Champ : Secteur concurrentiel et hôpitaux publics, hors particuliers employeurs.

Sources : SUMER 2003.

Les modèles de stress au travail de Karasek et Siegrist

Le modèle de Karasek repose sur une notion d'équilibre entre deux dimensions : la « demande psychologique » qui est associée à la réalisation des tâches (quantité, complexité, intensité, contraintes dans le temps...) et la « latitude décisionnelle » qui recouvre l'autonomie du salarié dans l'organisation de ces tâches et la participation aux décisions ainsi que l'utilisation de ses compétences. La situation d'une forte demande psychologique associée à une faible latitude décisionnelle, nommée « jobs-train » ou tension au travail est considérée comme accroissant le risque pour la santé de la personne. Une troisième dimension, le soutien social au travail vient moduler les deux précédentes [Chouanière, 2006].

Le modèle « déséquilibre effort/récompense » a été développé dans les années 1990 par Siegrist. Il s'agit d'un modèle qui repose sur le déséquilibre entre les efforts consentis par l'individu pour son travail et les récompenses attendues en retour. Celles-ci se déclinent en trois sous-dimensions : estime, contrôle du statut et gratifications financières. Une troisième dimension « efforts intrinsèques », traduisant l'investissement de l'individu vis-à-vis de sa tâche (incapacité à s'éloigner de son travail, compétitivité, irritabilité...), vient moduler cet équilibre. [Niedhammer 2000].

Le programme Samotrace

Le programme Samotrace, développé par le département santé-travail de l'Institut de veille sanitaire, a pour objectif d'estimer la fréquence des troubles de santé mentale selon l'emploi et des expositions professionnelles associées. Il comporte trois volets indépendants. Chacun d'entre eux est mis en place dans deux zones géographiques pilotes : région Centre (et voisines) et région Rhône-Alpes. Le volet de veille épidémiologique en entreprises, principal volet du programme, permet d'obtenir des indicateurs de santé mentale selon la profession et le secteur d'activité, et des estimations des expositions à leurs facteurs de risque. Le recueil de données (auto questionnaire et questionnaire administré) s'effectue par l'intermédiaire d'un réseau de médecins du travail volontaires. Environ 6 000 salariés ont répondu au questionnaire en zone Centre. Le même effectif est attendu en Rhône-Alpes (recueil actuellement en cours). Les données de cette phase pilote permettront un premier état des lieux des troubles de santé mentale selon l'emploi. À terme, un objectif d'extension nationale et de pérennisation est envisagé. Plus d'informations sur www.invs.sante.fr.

Tableau 2 • Scores moyens aux dimensions du modèle effort/récompense - Surinvestissement (Siegrist)

	Femmes		Hommes		Comparaison
	Effectifs	Score moyen	Effectifs	Score moyen	
Efforts extrinsèques	2506	6,51	3352	6,48	NS
Récompenses	2258	11,95	3166	11,84	DS
Estime	2472	5,30	3384	5,26	DS
Contrôle statut	2440	5,49	3304	5,44	NS
Gratifications financières	2365	1,15	3279	1,15	NS
Efforts intrinsèques (surinvestissement)	2487	14,07	3353	13,59	DS
Besoin approbation	2548	4,53	3435	4,31	DS
Compétitivité	2542	2,43	3439	2,48	NS
Impatience/irritabilité	2549	3,75	3441	3,65	DS
Incapacité à s'éloigner du travail	2545	3,37	3428	3,16	DS

Note : Pour le score de récompense et les sous-scores, plus le score est élevé et plus les récompenses sont faibles.

NS : Différence non significative.

DS : Différence statistiquement significative (à 95 %).

Champ : Régions Centre, Pays de la Loire, et Poitou-Charentes. Échantillon de 6 056 (dont 2 593 femmes) actifs surveillés par la médecine du travail, globalement représentatifs de la zone géographique sur sexe, âge, PCS et secteur.

Sources : Samotrace Centre.

CHAMP • Régions Centre, Pays de la Loire, et Poitou-Charentes. Échantillon de 6056 (dont 2593 femmes) actifs surveillés par la médecine du travail, globalement représentatifs de la zone géographique sur sexe, âge, pcs et secteur.

SOURCES • Projet Samotrace.

MODE DE CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • Voir référence ci-dessous.

LIMITES ET BIAIS • Secteurs non ou mal couverts par la médecine du travail, échantillon lié à la participation volontaire des médecins du travail, mesure de l'exposition par auto questionnaire.

RÉFÉRENCES

– Niedhammer I., Siegrist J., Landre M.-F., Goldberg M., Leclerc A., 2000, « Étude des qualités psychométriques de la version française du modèle du déséquilibre Efforts/Récompenses », *Revue d'épidémiologie et santé publique*, 2000, 48 : 419-37.

ORGANISME RESPONSABLE DE L'ENQUÊTE • InVS.

Tableau 3 • Proportion de salariés en contact avec le public et victimes d'agressions dans les 12 derniers mois

	Femmes	Hommes	Ensemble
Agressions verbales			
Cadres	23,7	15,9	18,3
Professions Intermédiaires	30,3	22,0	25,9
Employés administratifs	24,8	32,4	26,3
Employés de service	23,9	27,9	24,8
Ouvriers qualifiés	23,9	14,9	15,6
Ouvriers non qualifiés	8,9	13,2	12,0
Ensemble	25,4	19,2	22,2
Agressions physiques			
Cadres	1,1	0,4	0,6
Professions Intermédiaires	2,6	1,9	2,2
Employés administratifs	1,2	2,4	1,5
Employés de service	3,4	3,3	3,4
Ouvriers qualifiés	1,0	1,3	1,3
Ouvriers non qualifiés	0,5	1,2	1,0
Ensemble	2,2	1,5	1,8

Lecture : 15,9% des hommes cadres ont été victimes d'une agression verbale de la part du public dans les 12 derniers mois. 0,4% des hommes cadres ont été victimes d'une agression physique de la part du public dans les 12 derniers mois.

Champ : Salariés en contact avec le public.

Sources : SUMER 2003.

CHAMP • France métropolitaine, population salariée.

SOURCES • Enquête SUMER (surveillance médicale des risques professionnels) 2003 réalisée par la médecine du travail.

LIMITES ET BIAIS • L'enquête SUMER ne couvre pas l'ensemble des secteurs d'activité. En sont exclus les salariés de la pêche ; des mines ; des transports urbains et maritimes ; des administrations nationales et territoriales.

RÉFÉRENCES

– www.travail.gouv.fr/publications/publications_f.html

– Bué J., Sandret N., 2007, « Contact avec le public : près d'un salarié sur quatre subit des agressions verbales », *Premières Synthèses*, n° 15-1, avril.

– Bué J., Sandret N., 2008, « Les comportements hostiles au travail », *Premières Synthèses*, n° 22-2, mai.

– Guignon N., Niedhammer I., Sandret N., 2008, « Les facteurs psychosociaux au travail », *Premières Synthèses*, n° 22-1, mai.

– Chouanière D., 2006, « Stress et risques psychosociaux : concepts et prévention », *Documents pour le médecin du travail*, n° 106.

ORGANISME RESPONSABLE DE L'ENQUÊTE • DARES.

Troubles musculo-squelettiques

Les troubles musculo-squelettiques (TMS) regroupent un ensemble d'affections péri-articulaires touchant les tissus mous (tendons, muscles, nerfs, vaisseaux, cartilages) des membres et du dos. Les demandes d'indemnisation pour TMS augmentent d'année en année dans la plupart des pays occidentaux. En France, ils représentent la première cause de morbidité en santé au travail : 26 794 cas sur 34 642 en 2003 soit 77 % des maladies professionnelles indemnifiables du régime général de Sécurité sociale. Les TMS sont pris en compte par la loi relative à la politique de santé publique qui vise à réduire de 20 % le nombre de travailleurs soumis à des contraintes articulaires plus de 20 heures par semaine.

Peu de données épidémiologiques étaient disponibles pour décrire l'« épidémie » actuelle de TMS. C'est pourquoi, un programme de surveillance épidémiologique a été mis en place par l'Institut de veille sanitaire (InVS) en 2002. Ce programme, mis en œuvre à titre pilote dans les Pays de la Loire, associe une surveillance épidémiologique en population générale de pathologies dites traceuses et une surveillance des principaux TMS en milieu de travail, parmi des salariés.

■ LES FEMMES DAVANTAGE CONCERNÉES PAR LES TMS AU SEIN DE LA POPULATION SALARIÉE

La surveillance épidémiologique dans des entreprises des Pays de la Loire a permis d'étudier la prévalence de six TMS du membre supérieur dans une population de salarié(e)s : les principales tendinopathies (syndrome de la coiffe des rotateurs ou SCR, épicondylite latérale, tendinites des fléchisseurs ou des extenseurs des doigts, ténosynovite de De Quervain) et les principaux syndromes de compression nerveuse (syndrome du canal carpien ou SCC, syndrome du tunnel cubital). Grâce à un réseau de 83 médecins du travail volontaires, un échantillon de 3 710 sujets (1 548 femmes et 2 162 hommes) a été constitué par tirage au sort entre 2002 et 2004 parmi les salariés âgés de 20 à 59 ans [Ha et Roquelaure, 2007]. Le diagnostic de TMS a été porté par les médecins du travail préalablement formés à l'utilisation d'une démarche clinique standardisée élaborée par des experts dans le cadre du programme européen SAL-TSA pour la recherche en santé au travail [Sluiter *et al.*, 2001].

La prévalence des TMS observée dans cette étude apparaît plus élevée chez les femmes (tableau 1) : au moins un des six principaux TMS du membre supérieur a été diagnostiqué chez 15 % des femmes alors que ce fut le cas chez 11 % des hommes. Le SCR était le plus fréquent (8,5 % des femmes et 6,6 % des hommes), devant le SCC (4 % des femmes et 2,4 % des hommes) et l'épicondylite latérale (2,5 % des femmes et 2,4 % des hommes).

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 des six TMS étudiés. L'augmentation avec l'âge est particulièrement marquée pour le SCR. Ainsi sa fréquence, entre 20-29 ans et 50-59 ans, passe de 3 % à 15 % chez les femmes (et de 2 % à 11 % chez les hommes).

■ PRINCIPAUX FACTEURS DE RISQUE DES TMS : LES CONTRAINTES BIOMÉCANIQUES ET PSYCHOSOCIALES

Les professions ouvrières (notamment ouvriers non qualifiés de l'industrie, ouvriers agricoles et manutentionnaires) sont les plus touchées par les TMS aussi bien pour les femmes que pour les hommes. Chez les 50-59 ans, 34 % des ouvrières (et 30 % des ouvriers) présentent un TMS, notamment un SCR qui affecte 17 % des ouvrières (et 22 % des ouvriers).

L'exposition aux facteurs de risque biomécaniques (gestes répétitifs, manipulation d'objets lourds) concerne femmes et hommes avec une fréquence différente : par exemple, 30 % des femmes contre 21 % des hommes apparaissent exposés à de longues répétitions plus de quatre heures par jour ; 26 % des femmes contre 48 % des hommes manipulent régulièrement des objets de plus de 4 kg ; 10 % des femmes contre 17 % des hommes travaillent plus de deux heures par jour avec les bras au-dessus de l'horizontale. En revanche, la prévalence des contraintes psychosociales liées au travail, mesurée à l'aide de la version française du *Job content questionnaire*, est dans l'ensem-

ble plus élevée chez les femmes : 69 % des femmes contre 55 % des hommes manquent de latitude décisionnelle, 30 % des femmes contre 25 % des hommes manquent de soutien social au travail de la part de l'encadrement ou des collègues, 14 % des femmes contre 13 % des hommes sont en situation dite de tension au travail (association d'une forte demande psychologique et d'une faible latitude décisionnelle).

■ L'INCIDENCE DU SYNDROME DU CANAL CARPIEN PLUS ÉLEVÉE CHEZ LES FEMMES, PRINCIPALEMENT CHEZ LES OUVRIÈRES

Le syndrome du canal carpien (SCC) opéré a été retenu comme pathologie traceuse des TMS du membre supérieur dans le volet surveillance en population générale. Ce volet a été mis en œuvre dans le département du Maine-et-Loire à partir des données des deux diques les plus importantes en termes de libération chirurgicale du nerf médian au niveau du canal carpien. Il a permis d'en estimer l'incidence annuelle chez les adultes âgés de 20 à 59 ans : 2,7 pour 1 000 femmes contre 1,2 pour 1 000 hommes. Chez les femmes, l'incidence est élevée parmi les ouvrières : ouvrières agricoles, ouvrières non qualifiées de type artisanal et surtout de type industriel, ouvrières qualifiées de type artisanal, mais aussi parmi les employées : personnels de services aux particuliers¹, employées civiles et agents de service², employées de commerce, telles que les caissières et les vendeuses (graphique 1).

■ SYNDROME DU CANAL CARPIEN CHEZ LES FEMMES : UNE CONTRIBUTION DU TRAVAIL ÉLEVÉE, NOTAMMENT CHEZ LES OUVRIÈRES

La contribution du travail à la survenue du SCC a été quantifiée par la fraction de risque attribuable chez les exposés (FRAE), qui représente la proportion de cas de SCC attribuables au fait d'exercer une profession parmi tous les cas qui surviennent dans cette profession.

La FRAE varie selon la catégorie professionnelle : de 16 % chez les employées à près de 60 % chez les ouvrières (tableau 2). Chez les employées, ce sont les employées de commerce (vendeuses, caissières) qui présentent la fraction la plus élevée : 46 % des cas de SCC opérés seraient évités parmi les employées de commerce âgées de 20 à 59 ans si cette caté-

Tableau 1 • Prévalence des principaux TMS du membre supérieur (réseau Pays de la Loire, 2002-2004)

TMS	Femmes	Hommes	Ensemble
Syndrome de la coiffe des rotateurs	8,5	6,6	7,4
Syndrome du canal carpien	4,0	2,4	3,0
Épicondylite latérale	2,5	2,4	2,4
Syndrome du tunnel cubital	0,9	0,7	0,8
Tendinites des extenseurs / fléchisseurs des doigts et du poignet	0,6	0,9	0,8
Ténosynovite de De Quervain	2,1	0,6	1,2
Au moins un des six principaux TMS	14,8	11,2	12,7

Champ : Patients opérés d'un syndrome du canal carpien (en population générale) ou salariés en activité (en population au travail), âgés de 20 à 59 ans, période d'étude 2002-2004.

Sources : Réseau pilote de surveillance épidémiologique des TMS dans les Pays de la Loire, InVS (département santé-travail).

Tableau 2 • Fractions de risque attribuable pour les professions présentant un excès de risque de syndrome du canal carpien chez les femmes

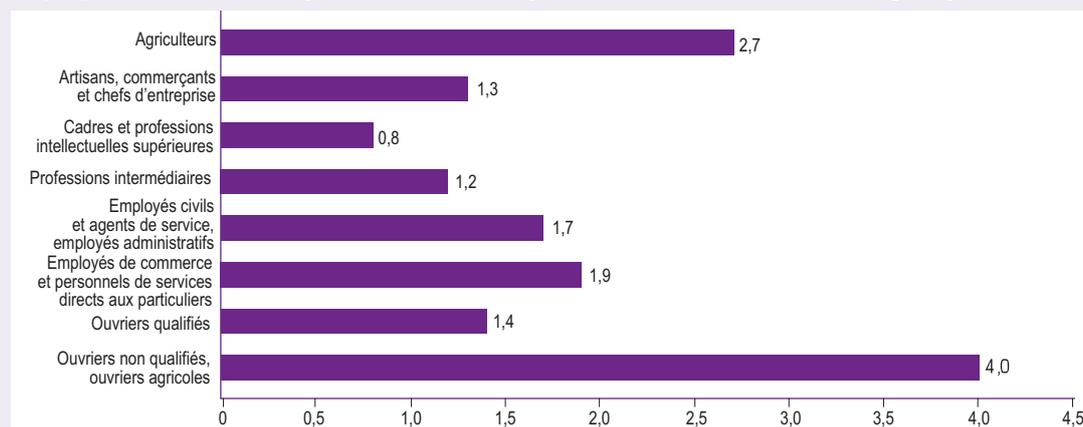
Professions	FRAE (%) [IF]*
Employées	16 [5-26]
Employées du commerce (vendeuses, caissières)	46 [27-60]
Personnels des services directs aux particuliers (serveuses, employées de l'hôtellerie, coiffeuses, assistantes maternelles, femmes de ménage)	29 [14-41]
Employées civiles et agents de service (agents de bureau, agents de service hospitaliers, aides-soignants)	23 [7-35]
Ouvrières	58 [52-64]
Ouvrières non qualifiées de l'industrie (agroalimentaire, électricité et électronique, travail du cuir)	69 [64-74]
Ouvrières agricoles (viticulture, arboriculture fruitière, maraîchage et horticulture)	74 [65-80]
Ouvrières non qualifiées de type artisanal (nettoyage)	50 [26-66]

* [IF] : Incertitude sur la fraction.

Champ : Patients opérés d'un syndrome du canal carpien (en population générale) ou salariés en activité (en population au travail), âgés de 20 à 59 ans, période d'étude 2002-2004.

Sources : Réseau pilote de surveillance épidémiologique des TMS dans les Pays de la Loire, InVS (département santé-travail).

Graphique 1 • Incidence du syndrome du canal carpien chez les femmes selon la catégorie professionnelle



Champ : Patients opérés d'un syndrome du canal carpien (en population générale) ou salariés en activité (en population au travail), âgés de 20 à 59 ans, période d'étude 2002-2004.

Sources : Réseau pilote de surveillance épidémiologique des TMS dans les Pays de la Loire, InVS (département santé-travail).

catégorie professionnelle ne présentait pas d'excès de risque de SCC. Au sein de la catégorie des ouvrières, on relève des fractions sensiblement plus élevées, notamment parmi les ouvrières agricoles (74 %).

ORGANISME RESPONSABLE DE LA FICHE • InVS

1. Notamment serveuses, employées de l'hôtellerie, coiffeuses, femmes de ménage, assistantes maternelles.
2. De la fonction publique, hospitaliers, aides-soignants.

synthèse

Les TMS représentent l'un des problèmes majeurs de santé au travail et le resteront très vraisemblablement dans les années à venir du fait de l'intensification des contraintes du travail et du vieillissement de la population active. Les femmes sont globalement plus affectées que les hommes par les TMS. Certaines expositions aux facteurs de risque connus, en particulier les expositions psychosociales, telles que le manque de latitude décisionnelle pour faire face aux contraintes et le manque de soutien social au travail, sont plus fréquentes chez les femmes. La forte prévalence des TMS conjuguée à des contraintes biomécaniques, psychosociales et organisationnelles soulignent la nécessité d'une approche globale de la prévention des TMS et d'une réflexion sur les conditions d'un travail soutenable tout au long de la vie.

Accidents du travail et de trajet

En France, la plupart des informations sur les accidents du travail ou de trajet proviennent des différents régimes de sécurité sociale. Mais ils ne couvrent pas l'ensemble des travailleurs. Ainsi les accidents des artisans, commerçants et professions libérales ne peuvent être pris en compte faute d'une branche « risques professionnels » pour ces travailleurs. Ces données restent éparpillées et les statistiques publiées insuffisantes pour permettre une réelle surveillance épidémiologique à l'échelon national. Il s'agit de données d'assurance où les règles d'indemnisation ne sont pas les mêmes selon les organismes de sécurité sociale et où la définition de l'accident a évolué au cours du temps. D'après l'article L411-1 du code de la sécurité sociale « est considéré comme accident du travail, quelle qu'en soit la cause, l'accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail à toute personne salariée ou travaillant, à quelque titre ou en quelque lieu que ce soit, pour un ou plusieurs employeurs ou chefs d'entreprise ». Cependant, la jurisprudence considère depuis longtemps que constitue un accident du travail « tout accident survenu à un travailleur alors qu'il est soumis à l'autorité ou à la surveillance de son employeur ». Quant à l'article L411-2, il définit l'accident de trajet comme un accident survenu sur le trajet habituel du domicile au lieu de travail. Malgré leurs imperfections, ces données ont permis de montrer que l'indice de fréquence, défini comme le nombre d'accidents du travail indemnisés rapporté aux nombres de salariés, avait diminué ces dernières années chez les bénéficiaires du régime général. La même tendance est observée pour le taux de mortalité. Il faut cependant noter qu'il n'existe pas d'analyse, ou peu, sur le risque d'accident chez les femmes.

■ HÔTELLERIE ET RESTAURATION : LE SECTEUR D'ACTIVITÉ OÙ LES FEMMES SOUFFRENT LE PLUS D'ACCIDENTS DU TRAVAIL

En 2006, le nombre d'accidents du travail est de 186 530 chez les femmes et 513 137 chez les hommes bénéficiaires du régime général. L'indice de fréquence est deux fois moins élevé pour les femmes que pour les hommes, respectivement 30 pour 1 000 et 57 pour 1 000. Cet indice diminue considérablement avec l'âge (graphique 1). Exception faite pour les

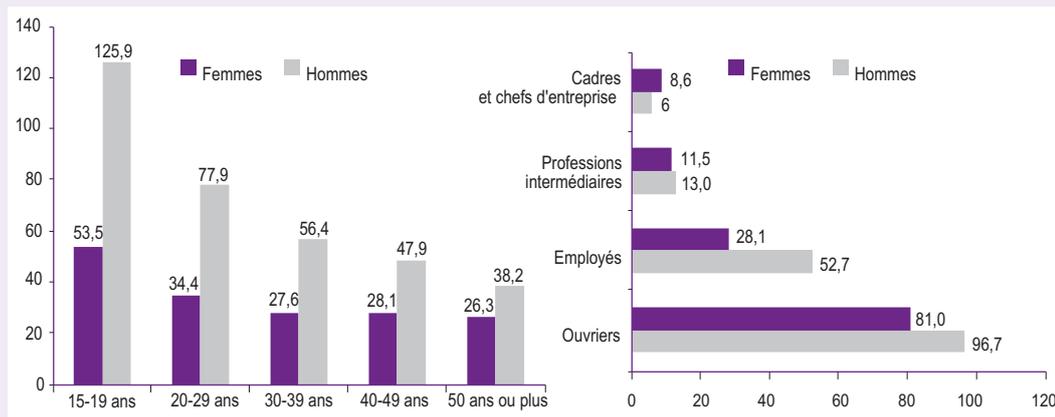
cadres, la tendance par PCS est identique pour les femmes comme pour les hommes. Enfin, l'analyse par secteur d'activité fait ressortir un taux plus élevé chez les femmes que chez les hommes du régime général dans quatre secteurs d'activité : hôtellerie et restauration, santé et action sociale, postes et télécommunications ainsi qu'activités financières.

En dehors de l'hôtellerie et restauration et de la santé et action sociale, on trouve les indices de fréquence des accidents de travail les plus élevés pour les femmes dans l'agroalimentaire

(51 pour 1 000), les postes et télécommunications (48 pour 1 000), les services opérationnels (39 pour 1 000, principalement le travail temporaire, les activités de nettoyage et les services annexes à la production) et le commerce de détail et réparations (38 pour 1 000) (graphique 2).

1. Ce résultat issu d'une analyse préliminaire ne tient pas compte de la structure par âge dans chacun des secteurs.

Graphique 1 • Indice de fréquence des accidents du travail avec arrêt selon le sexe par âge et PCS (pour 1 000)

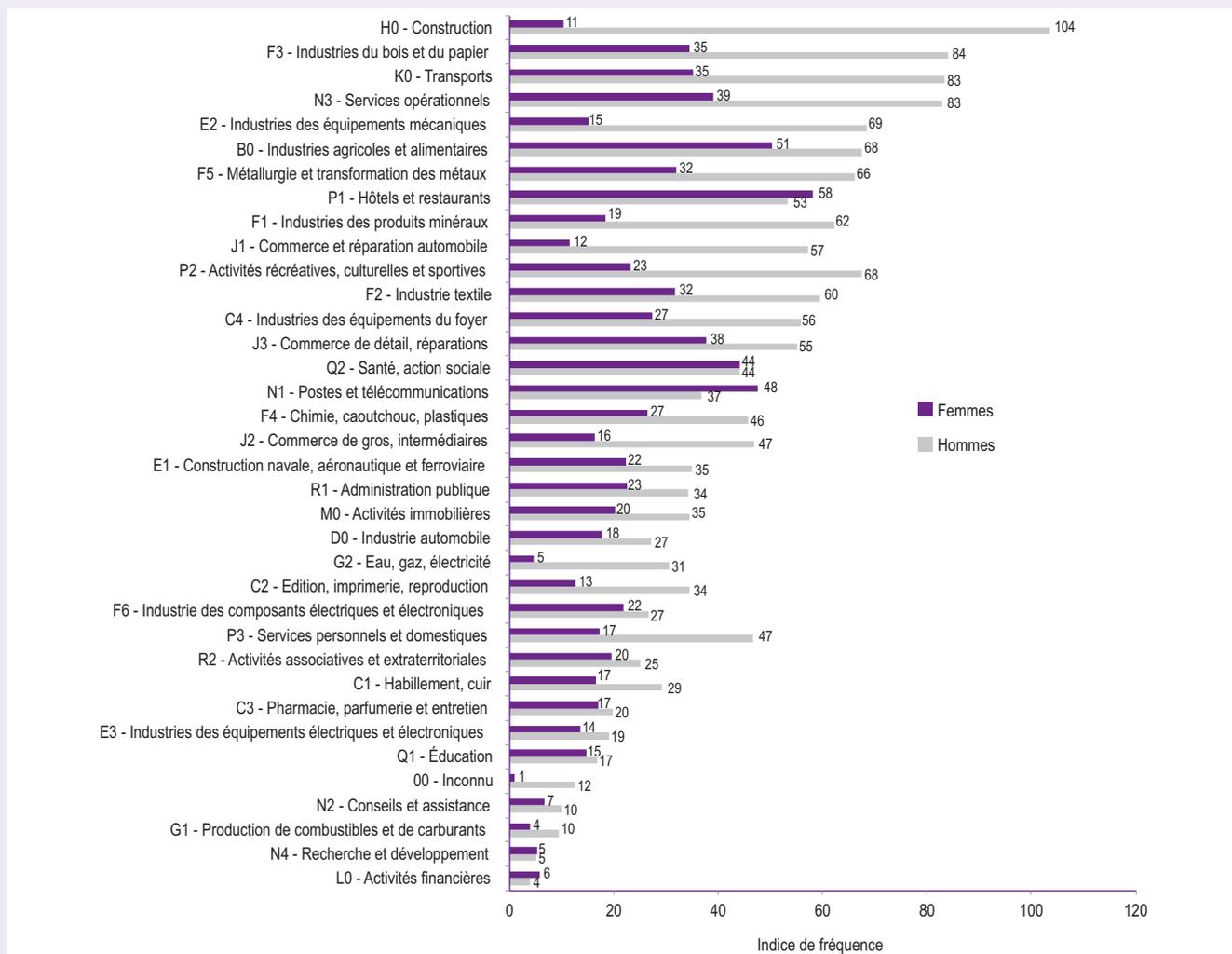


CHAMP • Salariés bénéficiaires du régime général.

SOURCES • Numérateur : nombre annuel d'accidents du travail avec arrêt de travail chez les bénéficiaires du régime général (2006). Dénominateur : effectif en équivalent temps plein calculé à partir des données des DADS de l'INSEE (fichier exhaustif).

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • DARES.

Graphique 2 • Indice de fréquence des accidents de travail avec arrêt selon le sexe et le secteur d'activité (pour 1 000)



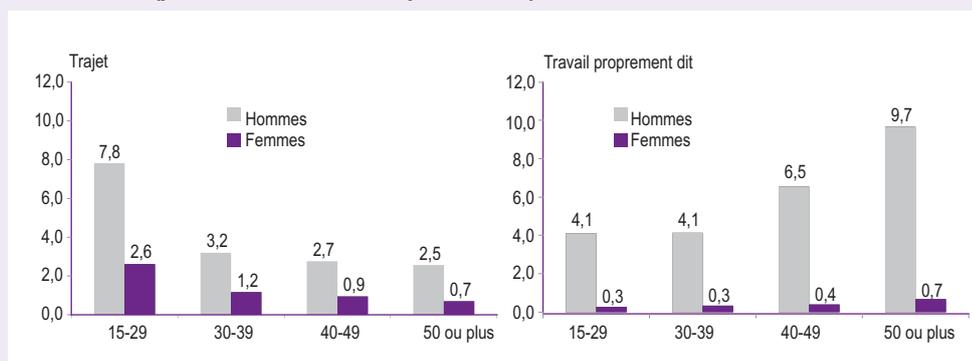
Champ : Salariés bénéficiaires du régime général.

Sources : Numérateur : nombre annuel d'accidents du travail avec arrêt de travail chez les bénéficiaires du régime général (2006).

Dénominateur : effectif en équivalent temps plein calculé à partir des données des DADS de l'INSEE (fichier exhaustif).

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • DARES.

Graphique 3 • Taux de mortalité par accident du travail et de trajet selon l'âge (pour 100 000 actifs occupés salariés)



Champ : Salariés actifs bénéficiaires de huit régimes de sécurité sociale.

Sources : Numérateur : nombre moyen annuel d'accidents mortels chez les salariés actifs, bénéficiaires de huit régimes de Sécurité sociale (2002-2004). Dénominateur : données de l'enquête Emploi 2004 de l'INSEE (actifs occupés salariés).

LIMITES ET BIAIS • Les taux de mortalité par accident du travail et de trajet sont sous-estimés pour deux principales raisons : les accidents du travail mortels non déclarés à la sécurité sociale ne sont pas pris en compte. Certains petits régimes de sécurité sociale n'ont pas été pris en compte en raison du faible effectif de leurs salariés.

RÉFÉRENCES • Présentation affichée au congrès de l'Aderest (Association pour le développement des études et recherches épidémiologiques en santé travail) en novembre 2007 intitulée « Surveillance des accidents mortels d'origine professionnelle en France : premières estimations ».

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • InVS (département santé-travail).

Accidents du travail et de trajet (suite)

■ LE NOMBRE D'ACCIDENTS MORTELS DU TRAVAIL PLUS ÉLEVÉ POUR LES FEMMES DANS LE SECTEUR DE L'AGRICULTURE-SYLVICULTURE-PÊCHE

Le taux de mortalité annuel par accident du travail² calculé sur la période 2002-2004 est faible chez les femmes comparé aux hommes : 0,4 pour 100 000 actifs occupés contre 6,0 chez les hommes. Contrairement à ce qui est observé pour les hommes, ce taux n'évolue pas avec l'âge (graphique 3). On note par ailleurs qu'il est faible quel que soit le secteur d'activité, le secteur le plus à risque pour les femmes étant celui de l'agriculture-sylviculture-pêche (3,4 pour 100 000) (graphique 4)

Le taux de mortalité féminine par accident de

trajet calculé sur la même période est beaucoup plus élevé que le précédent : 1,3 pour 100 000 actifs occupés salariés (3,9 chez les hommes). À noter que l'on retrouve pour les deux sexes le même pic de mortalité dans la classe d'âge 15-29 ans.

■ 10% DES DÉCÈS FÉMININS PAR ACCIDENT RELÈVENT D'UN ACCIDENT DU TRAVAIL ET DE TRAJET

La part des décès par traumatisme non intentionnel attribuable au travail est obtenue en divisant le nombre d'accidents mortels du travail et de trajet estimé pour l'ensemble des travailleurs salariés et non salariés par le nombre de décès par accidents survenus avant 59 ans

(INSERM-CépiDc). La part des décès par accident attribuable au travail est proche de 20 % chez les hommes de 15 à 59 ans. Chez les femmes, les accidents dus au travail représentent environ 10% des décès par accident. ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA FICHE •
InVS – DARES

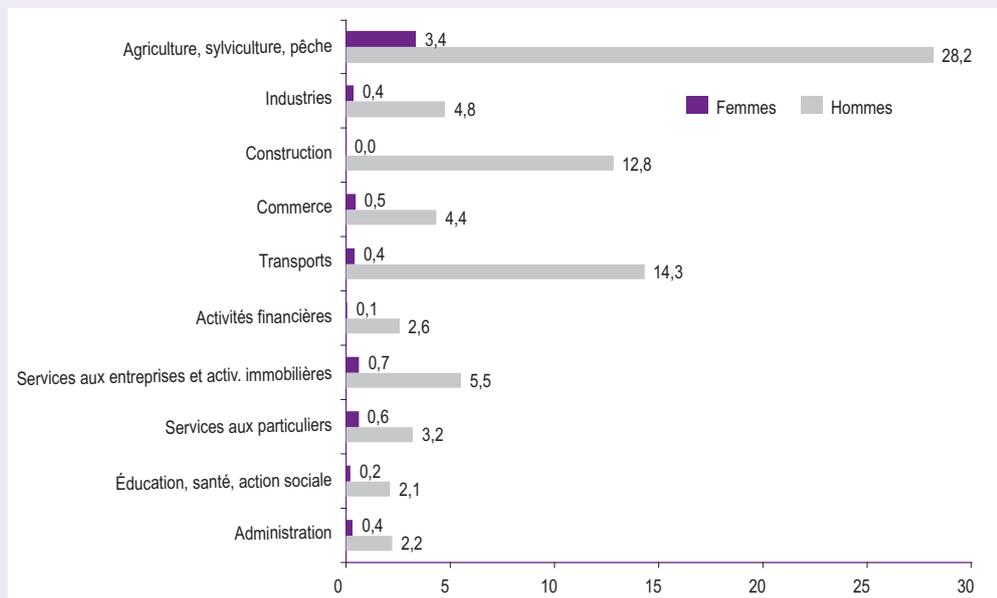
2. Calculé à partir des données de huit régimes de sécurité sociale (régime général, régime des salariés agricoles, fonctionnaires de l'État et de la Poste, fonctionnaires territoriaux et hospitaliers, SNCF, EDF-GDF, RATP, marins).

synthèse

Ces premiers résultats soulignent un plus faible taux d'accidents du travail chez les femmes comparé aux hommes (deux fois moins en ce qui concerne le régime général). Cependant, on observe un risque particulièrement élevé dans le secteur de l'hôtellerie et de la restauration qui dépasse même celui des hommes. Il est intéressant de noter que ce secteur ressort aussi dans l'analyse de la mortalité toutes causes confondues (projet COSMOP, voir fiche 5 « Mortalité selon le secteur d'activité »). Le taux de mortalité féminine par accident de trajet est trois fois plus élevé que celui par accident du travail : 1,3 contre 0,4 pour 100 000 actives occupées salariées. La tendance inverse est observée chez les hommes (respectivement 3,9 et 6,0 pour 100 000 actifs occupés salariés).

Ainsi, on constate que la mortalité par accident du travail est beaucoup plus faible chez les femmes que chez les hommes (dans un rapport de 1 à 14).

Graphique 4 • Taux de mortalité par accident du travail selon le secteur d'activité (pour 100 000 actifs salariés occupés)



Champ : Salariés actifs bénéficiaires de huit régimes de sécurité sociale.

Sources : Numérateur : nombre moyen annuel d'accidents mortels chez les salariés actifs bénéficiaires de huit régimes de sécurité sociale (2002-2004). Dénominateur : données de l'enquête Emploi 2004 de l'INSEE (actifs occupés salariés). Secteurs d'activité selon la nomenclature économique de synthèse.

LIMITES ET BIAIS • Le taux de mortalité par accident du travail est sous-estimé pour deux principales raisons : les accidents du travail mortels non déclarés à la sécurité sociale ne sont pas pris en compte. Certains petits régimes de sécurité sociale n'ont pas été pris en compte en raison du faible effectif de leurs salariés.

RÉFÉRENCES • Présentation affichée au congrès de l'Aderest (Association pour le développement des études et recherches épidémiologiques en santé travail) en novembre 2007 intitulée « Surveillance des accidents mortels d'origine professionnelle en France : premières estimations ».

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • InVS (département santé-travail).

Conciliation vie familiale et professionnelle

En France depuis la fin du xx^e siècle, la plupart des femmes sont présentes sur le marché du travail. Trois quarts d'entre elles, de 15 à 59 ans, occupent ou recherchent un emploi en 2006 [Chardon et Daguët, 2008]. Cependant par opposition aux hommes qui en général s'investissent peu dans le champ domestique – sinon dans des tâches et des situations particulières [Ledoux et Thuillier, 2006 ; Bauer, 2007] – la plupart des femmes continuent à prendre en charge l'essentiel des tâches domestiques, y consacrant en 1999 en moyenne 4 h 36 par jour contre 2 h 13 pour les hommes [INSEE, 2008 ; Pailhé, Solaz, 2006]. En 2003, 38 % des femmes disent que « leur travail rend difficile l'organisation de la vie de famille » [Garner *et al.*, 2004]. Selon une étude réalisée en 2001 auprès de femmes de 40 à 50 ans en Suède [Krantz et Ostergren, 2001], des charges domestiques conjuguées avec de fortes contraintes professionnelles peuvent peser sur les femmes générant plus de symptômes physiques : fatigue, tension, maux de dos, douleurs aux articulations... En France, se pose la question de l'influence des difficultés de conciliation sur la perception que les femmes ont de leur propre santé.

■ LES FEMMES EXPRIMANT DES DIFFICULTÉS DE CONCILIATION SE DÉCLARENT EN MOINS BONNE SANTÉ

Interrogées en 2005 sur l'existence de problèmes de conciliation (encadré) générant de la fatigue ou des difficultés dans le travail ou à la maison, 36 % des mères actives déclarent ne pas avoir rencontré ce type de difficultés ou une difficulté seulement de temps en temps au cours des trois mois précédant l'enquête. À l'opposé, 29 % des mères disent avoir déjà rencontré les quatre types de difficultés ou être confrontée fréquemment à l'une ou plusieurs d'entre elles.

Les difficultés de conciliation semblent aller de pair avec une moins bonne perception de la santé (graphique 1). Ainsi le tiers des mères déclarant rencontrer le plus de difficultés de conciliation ont une probabilité plus élevée d'évoquer une mauvaise ou très mauvaise santé à âge, diplôme, revenus du ménage et nombre d'enfants donnés (qu'il y ait ou non des enfants de moins de trois ans dans le foyer). Symétriquement, les mères qui soulignent ne rencontrer aucune difficulté de conciliation ont une probabilité 1,65 fois plus élevée de déclarer être en très bonne santé.

Les mères âgées de 40 à 49 ans, actives occupées à temps complet, cadre supérieur, profession libérale ou exerçant une profession intermédiaire dans le secteur privé, déclarent plus souvent rencontrer des difficultés de conciliation.

À cela peut s'ajouter un autre facteur défavorable : le fait que l'employeur n'autorise pas les aménagements horaires pour convenances personnelles. À l'opposé, ne plus avoir d'enfant en bas âge à la maison, avoir 50 ans ou plus, travailler à temps partiel et être ouvrière ou employée dans le secteur public sont autant de déterminants propices à une organisation quotidienne moins compliquée à gérer.

■ PAS DE LIEN DIRECT ENTRE LES CHARGES DOMESTIQUES ET FAMILIALES ET L'ÉTAT DE SANTÉ

Les interférences existant entre la vie sociale et la santé sont parfois paradoxales. Ainsi exercer une activité professionnelle va de pair avec une meilleure santé déclarée : les personnes en bonne santé ont une probabilité plus élevée d'exercer une activité [Commission européenne, 2002], même si une charge professionnelle lourde et de mauvaises conditions de travail génèrent une usure physique et des difficultés de santé propres à entamer l'espérance de vie des catégories socioprofessionnelles les plus défavorisées.

L'inégalité de la répartition de la charge domestique et familiale dans les couples est patente sur le plan des tâches exécutées par les mères : elles assurent en moyenne la réalisation de près des trois quarts des tâches ici étudiées, selon l'indicateur de charge des mères portant sur dix tâches (encadré). 5 % des

mères se chargent le plus souvent ou toujours de toutes ces tâches et neuf fois sur dix, la mère assume au moins la moitié des tâches¹.

Cependant, la charge domestique et familiale ne semble pas influencer l'état de santé : les femmes considérant que leur état de santé est très bon ne déclarent pas moins de charges domestiques et familiales que les autres ; celles qui se considèrent en mauvaise ou très mauvaise santé ne semblent pas subir de très lourdes charges domestiques. La présence de maladies chroniques ou de limitations fonctionnelles, le sentiment d'un manque d'entourage, le ressenti fréquent de sentiments de découragement, voire de dépression, ne semblent pas non plus évoluer en lien direct avec la charge ménagère des femmes.

Dans les situations de fortes difficultés de conciliation, il semble même qu'une compensation s'opère. Ainsi, les mères actives déclarent rencontrer le plus de problèmes à concilier vie familiale et vie professionnelle sont également celles qui déclarent le moins de charges domestiques et familiales : d'une part, leur conjoint assure plus de tâches que la moyenne (une tâche sur quatre, contre une sur cinq) ; d'autre part, ces ménages font plus souvent appel à des services ménagers payants (19 % contre 12 %). Il est possible également que le niveau d'investissement domestique soit plus faible dans ces ménages, mais rien ne permet de le vérifier.

Il demeure qu'un déséquilibre trop nettement défavorable aux femmes en termes de répartition des tâches est source de mécontentement et peut être défavorable à leur bien-être. Ainsi une note d'appréciation a été fournie par chaque personne enquêtée pour qualifier d'une part, la répartition des tâches ménagères et d'autre part, la répartition des tâches familiales. Il apparaît logiquement que plus la charge repose sur les mères, moins bonne est leur appréciation sur la distribution des tâches (graphique 2), qu'il s'agisse des tâches domestiques ou celles concernant les enfants. ●

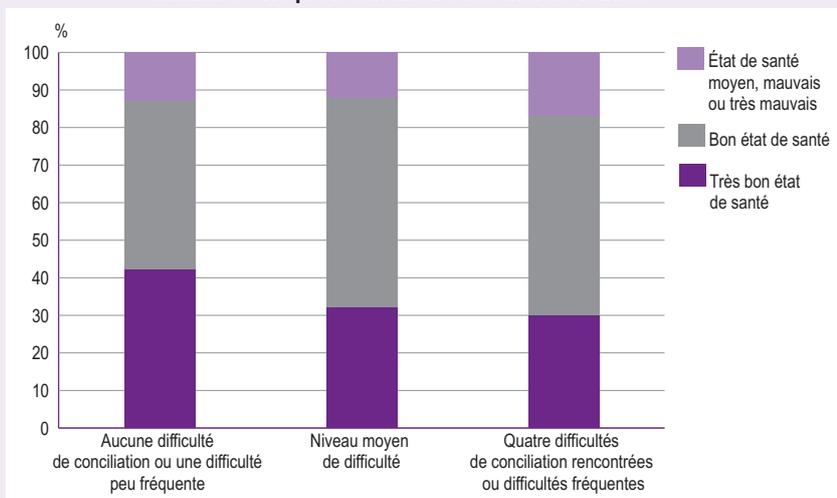
ORGANISME RESPONSABLE DE LA FICHE • DREES

1. Pour traiter les réponses portant sur la répartition des tâches et les opinions, seules les réponses des femmes étaient exploitées. Le biais éventuel induit par le fait que seules des femmes se prononcent sur la réalisation de tâches très sexuées ne remet pas en cause les résultats. La tendance à surestimer sa propre participation dans le cas où la personne enquêtée est sans témoin ne joue de manière significative que pour une seule des tâches ici traitées : les courses d'alimentation.

synthèse

Bien qu'étant de plus en plus présentes sur le marché du travail, les femmes françaises continuent à prendre en charge l'essentiel des tâches domestiques et familiales et doivent concilier horaires et activités des sphères privée et professionnelle. Celles rencontrant le plus de difficultés de conciliation se déclarent en moins bonne santé que les autres. Mais la lourdeur des charges domestiques et familiales ne semble pas être à l'origine d'un mauvais état de santé déclaré, même si de trop forts déséquilibres en la matière sont sources de mécontentement.

Graphique 1 • État de santé déclaré selon le degré de difficulté de conciliation vie familiale – vie professionnelle des mères actives



Lecture : 42 % des mères déclarent ne rencontrer aucune difficulté de conciliation ou une seule difficulté une ou deux fois par mois au cours des trois mois précédant l'enquête déclarent avoir un très bon état de santé, contre 30 % des mères déclarant rencontrer les quatre types de difficultés ou plusieurs types de difficultés fréquemment ou très fréquemment.

Champ : Mères actives vivant en couple et ayant au moins un enfant de moins de 14 ans.

Sources : INED-INSEE, Erfi-GGS1, 2005.

CHAMP • Mères actives vivant en couple et ayant au moins un enfant de moins de 14 ans.

SOURCES • INED-INSEE, Erfi-GGS1, 2005.

RÉFÉRENCES •

- Chardon O., Daguet F., 2008, « Enquêtes annuelles de recensement 2004 à 2007 – L'activité des femmes est toujours sensible au nombre d'enfants », *INSEE Première*, n° 1171, janvier 2008
- Ledoux C., Thuillier B., 2006, « Du travail domestique masculin au travail domestique des hommes (analyse quantitative) », *Terrains et Travaux*, 2006/1, p. 56-76.
- Bauer D., 2007, « Entre maison, enfant(s) et travail : les diverses formes d'arrangement dans les couples », *Études et Résultats*, n° 570, avril.
- 2008, « Femmes et Hommes – Regards sur la parité », INSEE.
- Pailhé A., Solaz A., 2006, « Vie professionnelle et naissance: la charge de la conciliation repose essentiellement sur les femmes », *Population et sociétés*, n° 426.
- Garner H., Meda D., Senik C., 2004, « La difficile conciliation entre vie professionnelle et vie familiale », *Premières synthèses*, n° 50.3, décembre.
- Krantz G., Ostergren P.-O., 2001, « Double exposure: the combined impact of domestic responsibilities and job strain on common symptoms in employed Swedish women », *European Journal of Public Health*, 11 : 413-419.
- Commission européenne, 2002, « Statistiques de la santé – Chiffres clés sur la santé 2002 – Données 1970-2001 », Eurostat.
- Régnier-Lollier A., 2008, « Conditions de passation et biais occasionnés par la présence d'un tiers sur les réponses obtenues à l'enquête Erfi », *Économie et Statistique*, 407 : 27-49, avril.

L'enquête Erfi (Étude des relations familiales et intergénérationnelles)

L'enquête Erfi a été réalisée par l'Institut national d'études démographiques (INED) avec l'INSEE en 2005. Elle recueille notamment des éléments sur la santé et le bien-être de l'enquêté(e) : qualification de l'état de santé global, existence d'une maladie chronique ou de longue durée, limitation dans les activités en raison de l'état de santé, aide régulière pour les actes quotidiens de la vie, recours à un soutien psychologique, sentiments de manque ou de mal-être sur le plan psychologique. Cette enquête apporte des informations sur le rôle des femmes concernant les tâches domestiques et familiales et les conséquences dans le domaine professionnel.

Champ étudié

Les femmes actives étudiées ici font partie d'une population composée de femmes et d'hommes âgés de 20 à 59 ans vivant en couple et ayant au moins un enfant de moins de 14 ans. Au sein de cette population, la santé est perçue de manière légèrement plus positive que dans la population française, puisque 86 % pensent que leur état de santé est bon ou très bon. Un enquêté sur six déclare une maladie chronique (16%), les femmes tout autant que les hommes. Enfin, une personne sur quinze (7 %) déclare être limitée dans sa capacité à effectuer des activités quotidiennes normales en raison d'un problème de santé physique ou mentale ou d'un handicap. S'agissant du sentiment d'être entouré dans leur vie actuelle, femmes et hommes fournissent des réponses proches: 40 % des femmes et 36 % des hommes déclarent ne ressentir aucun problème avec l'entourage.

Questions sur la conciliation

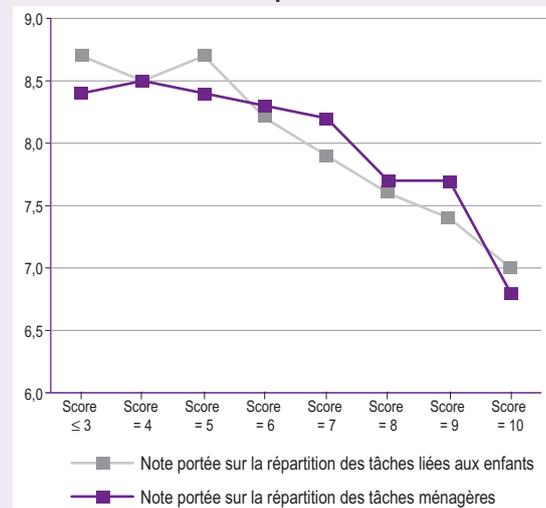
Concernant la conciliation, il était demandé aux personnes exerçant une activité professionnelle de dire à quelle fréquence (plusieurs fois par semaine, plusieurs fois par mois, une ou deux fois par mois ou jamais) les événements suivants étaient survenus au cours des trois derniers mois :

- Vous êtes rentré(e) à la maison trop fatigué(e) pour vous occuper des différentes tâches domestiques ;
- Vous avez eu du mal à assumer vos responsabilités familiales, car vous avez passé beaucoup de temps au travail ;
- Vous êtes arrivé(e) au travail trop fatigué(e) pour bien travailler à cause de tout ce que vous aviez fait à la maison ;
- Vous avez eu du mal à vous concentrer sur votre travail à cause de vos responsabilités familiales.

Indicateur d'évaluation de la charge domestique et familiale au jour le jour

La part de la charge domestique et familiale revenant aux mères est évaluée sur la base d'un indicateur prenant en compte la réalisation de cinq tâches concernant les enfants (l'habillement, la mise au lit, rester à la maison quand ils sont malades, les aider à faire leurs devoirs, les emmener ou aller les chercher à leurs activités) et de cinq tâches domestiques (la préparation des repas quotidiens, la vaisselle, les courses d'alimentation, le repassage du linge et passer l'aspirateur). Pour chacune de ces tâches, deux points sont attribués lorsque la mère déclare s'en charger toujours ou le plus souvent, un point quand la réalisation est partagée entre les deux conjoints, aucun point n'est compté dans les autres cas, notamment quand c'est le conjoint ou une autre personne qui s'en occupe toujours ou le plus souvent. Quand la mère réalise toujours ou le plus souvent les dix tâches elle a un score de 20, son score est nul quand elle ne se charge d'aucune de ces tâches.

Graphique 2 • Appréciation de la répartition selon la charge de tâches ménagères et domestiques



Champ : Mères vivant en couple et ayant au moins un enfant de moins de 14 ans.

Sources : INED-INSEE, Erfi-GGS1, 2005.

encadré

santé et précarité



Renoncement aux soins

La question du renoncement aux soins pour raisons financières est présente dans l'enquête Santé et protection sociale (ESPS) de l'IRDES depuis son origine en 1988. Il s'agit de relever de manière déclarative si, sur une période de 12 mois, les personnes ont renoncé ou reporté, pour des raisons financières, des soins qu'elles auraient souhaité réaliser. Le renoncement aux soins pour raisons financières est le résultat de la confrontation d'une demande de soins et de la capacité à la financer. Cette question est intéressante à étudier dans la mesure où elle peut représenter un indicateur parmi d'autres d'évaluation de l'impact des réformes du système d'assurance maladie sur le recours aux soins des français. Cette question du renoncement aux soins, lorsqu'il est répétitif, peut aussi avoir à terme des conséquences importantes sur la santé. À noter que cette notion n'est pas disponible au travers des données de consommation de l'Assurance maladie.

■ DES DÉCLARATIONS DE RENONCEMENT EN BAISSÉ SUR LA PÉRIODE RÉCENTE

En 2006, 14,2 % des assurés sociaux résidents 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. Le renoncement apparaît plus élevé chez les femmes (16,5 %) que chez les hommes (11,7 %). Cette différence est à mettre en relation avec un plus mauvais état de santé déclaré par les femmes ainsi qu'une plus forte consommation de soins de celles-ci.

Plus que des renoncements définitifs, la majeure partie des enquêtés déclarent reporter ou avoir reporté la réalisation de ces soins. Ainsi, à la question « Avez-vous renoncé définitivement à ce soin ou l'avez-vous reporté dans le temps ? », les personnes déclarent reporter dans le temps dans 77 % des cas pour les femmes et 76 % pour les hommes. Il est cependant impossible de savoir si ces soins seront effectivement réalisés un jour.

Jusqu'en 2000, le taux de renoncement a oscillé entre 20 % et 25 % selon les éditions de l'enquête ESPS, puis il a sensiblement diminué passant à 16,1 % en 2002 et à 13,4 % en 2004. Ce changement de tendance peut en partie être attribué à la mise en place de la CMU. Toutefois, il faut relativiser cette hypothèse dans la mesure où l'on observe également une diminution très importante des renoncements parmi les bénéficiaires d'une couverture complémentaire privée. Seules les personnes non couvertes par une couverture complémentaire santé gardent un taux de renoncement aussi élevé après la mise en place de la CMU (voir fiche 69 « Bénéficiaires de la CMUC »).

■ L'ABSENCE DE COUVERTURE COMPLÉMENTAIRE ET L'INSUFFISANCE DES REVENUS : PRINCIPAUX FACTEURS DU RENONCEMENT AUX SOINS

Ce sont chez les personnes qui bénéficient d'une couverture complémentaire privée que le taux de renoncement est le plus faible

(12,6 %). Il est de l'ordre d'une personne sur cinq parmi les bénéficiaires de la CMU (19,1 %) et de près d'une personne sur trois parmi ceux n'ayant pas de couverture complémentaire (31,6 %) (graphique 1). À noter que le renoncement plus important des femmes s'observe essentiellement parmi les personnes qui bénéficient d'une couverture complémentaire privée (+56 % de renoncement chez les femmes mesuré en écart relatif), peu parmi les personnes sans couverture (+12 %) et le rapport est inverse parmi les bénéficiaires de la CMU.

On constate également un gradient important selon la catégorie sociale : moins de 8 % des cadres déclarent avoir renoncé à des soins pour raisons financières contre plus de 18 % des employés administratifs et des ouvriers non qualifiés et plus de 20 % des employés de commerce (tableau 1, graphique 2). S'il concerne toutes les catégories sociales, le renoncement aux soins pour raisons financières concerne plus fréquemment les catégories sociales modestes, en particulier celles dont les revenus dépassent de peu le seuil de la CMU. Pour ces catégories, l'accès à la couverture complémentaire santé reste difficile malgré le dispositif du chèque santé.

■ LES RENONCEMENTS SE CONCENTRENT SUR LES SOINS PEU PRIS EN CHARGE PAR L'ASSURANCE MALADIE

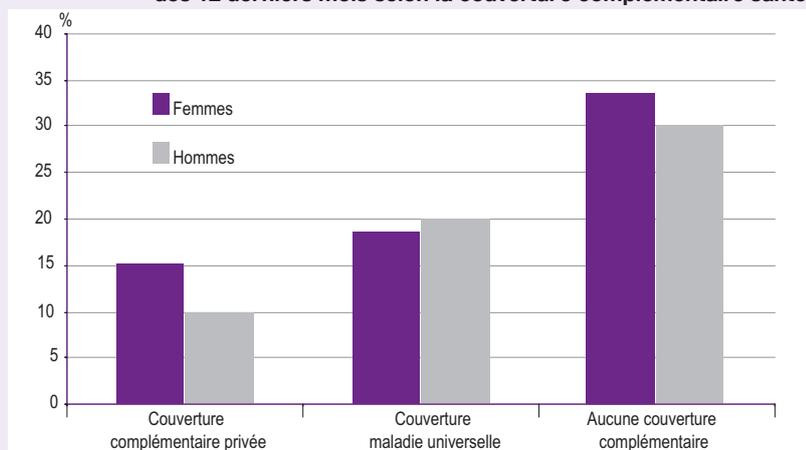
Ce sont les soins les moins bien remboursés par l'Assurance maladie obligatoire qui sont à l'origine de la majorité des renoncements (graphique 3). Ainsi, les soins bucco-dentaires concentrent près de la moitié des renoncements (45 % chez les femmes et 52 % chez les hommes). Parmi les autres soins figure l'appareillage en lunettes (17 % pour les femmes et pour les hommes). Les femmes renoncent plus fréquemment que les hommes à des soins de spécialistes (14 % des motifs de renoncement des femmes et 10 % de ceux des hommes). Pour les femmes, il s'agit le plus souvent de renoncements à l'ophtalmologiste, au gynécologue et au dermatologues. ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA FICHE •
IRDES – UFR ONDOTOLOGIE PARIS 7

synthèse

Le renoncement aux soins pour raisons financières est plutôt en baisse sur la période récente. La mise en place de la CMU peut expliquer une partie de cette baisse qui a également touché des personnes non concernées par la CMU. Aujourd'hui, malgré la mise en place de la CMU et du chèque santé, près de 15 % des Français continuent à déclarer des renoncements aux soins pour raisons financières chaque année. Ces renoncements concernent essentiellement les soins dentaires et d'optiques peu remboursés par l'Assurance maladie, mais également les soins de spécialistes sujets aux dépassements. Les ménages les plus pauvres et sans couverture complémentaire santé sont les premiers touchés par le renoncement. Il sera intéressant d'observer à l'avenir l'évolution de cet indicateur qui sera un élément parmi d'autres d'évaluation des réformes actuelles du système de santé.

Graphique 1 • Taux de personnes ayant déclaré un renoncement aux cours des 12 derniers mois selon la couverture complémentaire santé



Champ : Données représentatives des assurés sociaux majeurs affiliés à l'un des trois principaux régimes de sécurité sociale (CNAMTS, MSA, RSI), soit plus de neuf assurés sur dix.

Sources : Enquête ESPS 2006, IRDES.

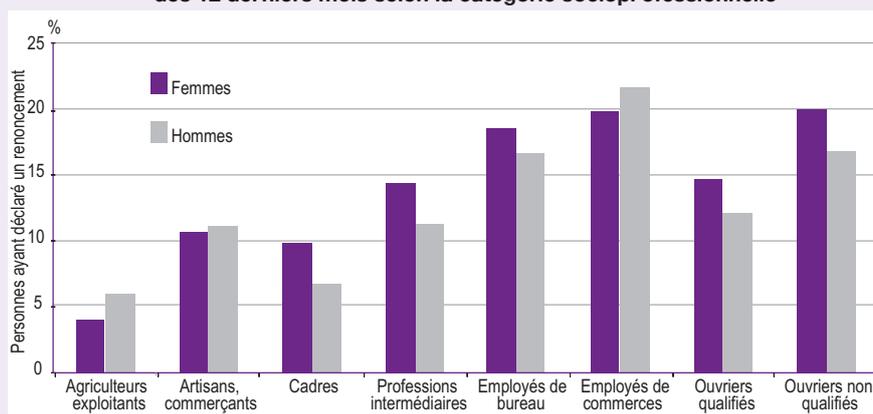
CHAMP • Données représentatives des assurés sociaux majeurs affiliés à l'un des trois principaux régimes de sécurité sociale (CNAMTS, MSA, RSI), soit plus de neuf assurés sur dix.

SOURCES POPULATION • Enquête ESPS 2006 de l'IRDES.

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • Il s'agit de la réponse à la question : « Au cours des 12 derniers mois, vous est-il déjà arrivé de renoncer, pour vous-même, à certains soins pour des raisons financières ? ».

LIMITES ET BIAIS • Celles des enquêtes déclaratives.

Graphique 2 • Taux de personnes ayant déclaré un renoncement au cours des 12 derniers mois selon la catégorie socioprofessionnelle



Champ : Données représentatives des assurés sociaux majeurs affiliés à l'un des trois principaux régimes de sécurité sociale (CNAMTS, MSA, RSI), soit plus de neuf assurés sur dix.

Sources : Enquête ESPS 2006, IRDES.

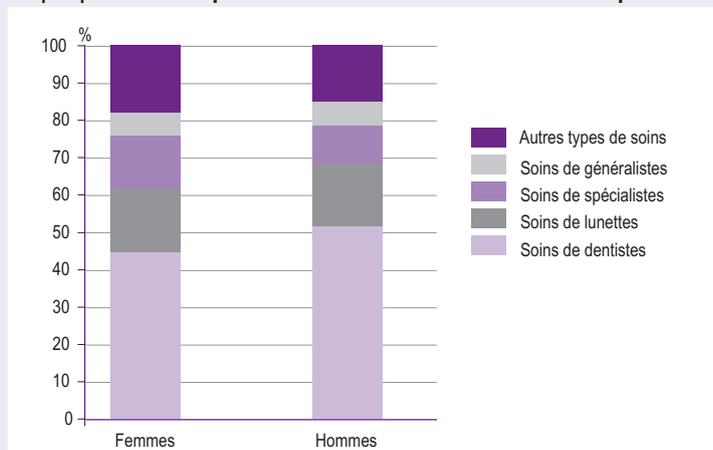
Tableau 1 • Taux de renoncement aux soins pour raisons financières selon quelques caractéristiques individuelles

	Taux
Sexe	
Hommes	11,7
Femmes	16,5
Âge	
20-29 ans	16,6
30-39 ans	14,8
40-49 ans	17,3
50-59 ans	15,9
60-69 ans	12,9
70-79 ans	6,4
80 ans ou plus	3,7
PCS	
Agriculteurs	5,2
Artisans, commerçants	11,0
Cadres	7,9
Professions intermédiaires	12,9
Employés de bureau	18,3
Employés de commerce	20,2
Ouvriers qualifiés	12,5
Ouvriers non qualifiés	18,3

Champ : Données représentatives des assurés sociaux majeurs affiliés à l'un des trois principaux régimes de sécurité sociale (CNAMTS, MSA, RSI), soit plus de neuf assurés sur dix.

Sources : Enquête ESPS 2006, IRDES.

Graphique 3 • Principaux motifs de renoncement aux soins par sexe



Champ : Données représentatives des assurés sociaux majeurs affiliés à l'un des trois principaux régimes de sécurité sociale (CNAMTS, MSA, RSI), soit plus de neuf assurés sur dix.

Sources : Enquête ESPS 2006, IRDES.

Bénéficiaires de la CMU complémentaire

Depuis le 1^{er} janvier 2000, la couverture médicale universelle complémentaire (CMUC) fournit, sous conditions de ressources, une couverture maladie complémentaire gratuite aux personnes résidant en France de manière stable et régulière.

4,7 millions de personnes en bénéficient au 31 décembre 2007.

Il s'agit d'une population plus jeune et plus féminine que la population générale :

40 % des bénéficiaires sont âgés de moins de 20 ans et 2 % à peine ont 65 ans et plus.

Les femmes constituent 55 % des bénéficiaires¹.

■ LES FEMMES BÉNÉFICIAIRES DE LA CMUC SE DÉCLARENT PLUS SOUVENT EN MAUVAISE SANTÉ

La perception de l'état de santé des femmes se dégrade avec l'âge, indépendamment du type de couverture maladie complémentaire (couverture complémentaire privée, CMUC ou absence de couverture complémentaire). Toutefois, c'est parmi les femmes bénéficiaires de la CMUC que la proportion de femmes déclarant un mauvais état de santé est la plus élevée, quel que soit le groupe d'âge (graphique 1). Ainsi elles déclarent plus souvent que les autres percevoir leur état de santé comme mauvais ou très mauvais, souffrir d'au moins une maladie chronique et être limitées dans leurs activités habituelles en raison d'un problème de santé depuis au moins six mois. À partir de 45 ans, près de la moitié des femmes bénéficiaires de la CMUC indiquent souffrir d'une maladie chronique et/ou d'une limitation, soit une proportion près de deux fois plus élevée que celles ayant une couverture complémentaire privée ou n'en ayant aucune.

■ ENTRE 25 ET 44 ANS, UNE BÉNÉFICIAIRE DE LA CMUC SUR DIX SOUFFRE D'UNE ALD

La proportion de femmes souffrant d'une affection longue durée (ALD) exonérant du ticket modérateur² augmente avec l'âge. Entre 16 et 24 ans, cette proportion oscille de 2 % à

3 % quel que soit le type de couverture complémentaire, elle est comprise entre 14 % et 24 % passés 45 ans (graphique 2). De ces résultats apparaît un autre constat : aux âges intermédiaires et élevés, la part des femmes en ALD varie sensiblement selon le type de couverture complémentaire. Entre 25 et 44 ans, une bénéficiaire de la CMUC sur dix en souffre, soit deux fois plus souvent qu'une femme ayant une couverture complémentaire privée. À partir de 45 ans, les ALD concernent une femme sur cinq, parmi les bénéficiaires de la CMUC comparé à une sur quatre non couvertes par une complémentaire et une sur sept protégées par une couverture privée.

■ RENONCEMENT À DES SOINS POUR RAISONS FINANCIÈRES

Entre 16 et 24 ans, 7 % des femmes bénéficiaires de la CMUC ont renoncé à des soins pour raisons financières dans les 12 derniers mois, mais plus d'une sur cinq à partir de 25

ans (graphique 3). Ce renoncement concerne principalement les soins dentaires ou prothétiques et les soins d'optique. Les femmes bénéficiaires de la CMUC renoncent six fois moins souvent aux soins que les femmes sans couverture complémentaire avant l'âge de 25 ans et deux fois moins, entre 25 et 45 ans. Dans ces groupes d'âge, leur taux de renoncement est proche de celui des femmes protégées par une couverture complémentaire privée. En revanche à partir de 45 ans, les bénéficiaires de la CMUC ont renoncé presque aussi souvent aux soins que les femmes sans couverture complémentaire. ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA FICHE • DREES

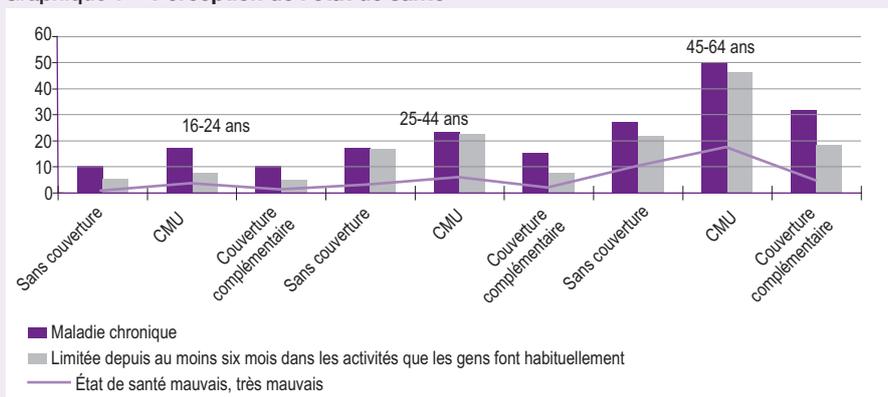
1. Enquête Santé et protection sociale (ESPS) 2006.

2. Le dispositif des affections de longue durée (ALD) permet une prise en charge à 100 % par la sécurité sociale des soins délivrés aux patients souffrant d'une des « affections comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse ».

synthèse

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. Entre 45 et 64 ans, elles sont deux fois plus nombreuses à déclarer un état de santé mauvais ou très mauvais, une maladie chronique ou une limitation liée à leur santé. Entre 25 et 44 ans 10 % sont atteintes d'une ALD et 19 % entre 45 et 64 ans. Dans cette tranche d'âge une bénéficiaire de la CMU-C sur quatre a renoncé à des soins dans les 12 derniers mois pour raisons financières alors que ce renoncement est moins fréquent avant 45 ans.

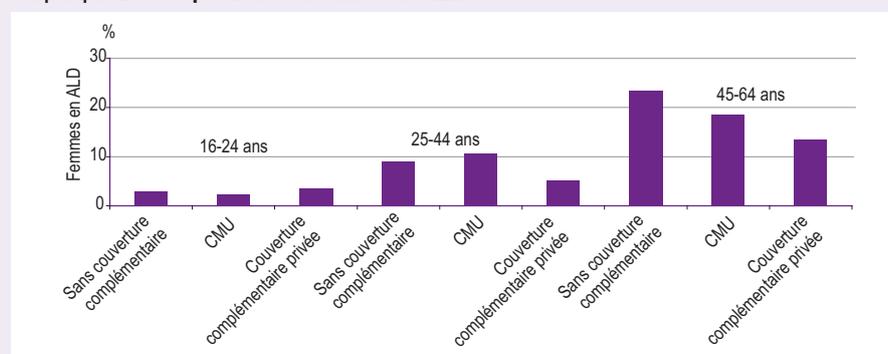
Graphique 1 • Perception de l'état de santé



Champ : Femmes âgées de 16 à 64 ans.

Sources : ESPS 2006 – IRDES.

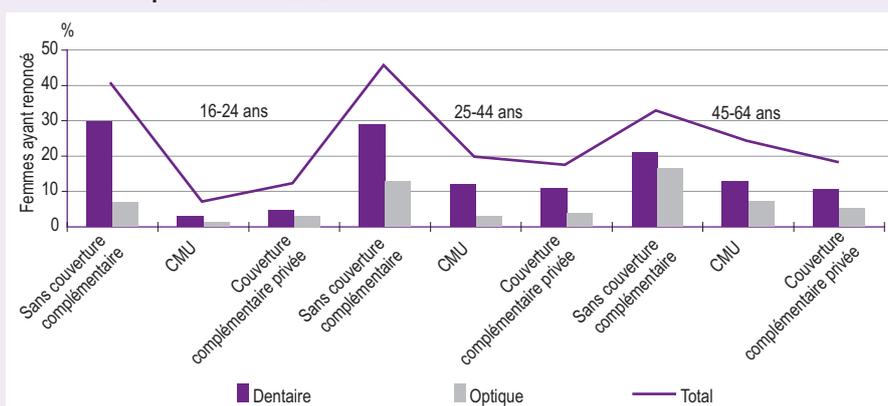
Graphique 2 • Proportion de femmes en ALD



Champ : Femmes âgées de 16 à 64 ans.

Sources : ESPS 2006 – IRDES.

Graphique 3 • Renoncement à des soins dans les 12 derniers mois pour raisons financières



Champ : Femmes âgées de 16 à 64 ans.

Sources : ESPS 2006 – IRDES.

CHAMP • Femmes âgées de 16 à 64 ans vivant en ménages ordinaires.

SOURCES • Enquête Santé protection sociale (ESPS) 2006 de l'IRDES.

MÉTHODOLOGIE • L'enquête Santé protection sociale (ESPS) est réalisée auprès d'un échantillon de ménages ordinaires. Elle recueille depuis 1988 des données sur l'état de santé, le recours aux services de santé et la couverture santé des personnes résidant en France.

LIMITES ET BIAIS • Dans l'enquête ESPS, les personnes gravement malades et/ou hospitalisées sont sous-représentées. Représentative de 95% des personnes vivant en ménage ordinaire, l'enquête ne couvre donc pas les personnes vivant en institution comme les maisons de retraite, ce qui a une forte incidence sur l'âge et l'état de santé de la population enquêtée.

RÉFÉRENCES •
– Allonier C., Dougnon P., Rochereau T., 2008, « Enquête sur la santé et la protection sociale 2006 », IRDES, Rapport n° 1701, avril.

ORGANISME RESPONSABLE DE L'ENQUÊTE • IRDES.

Bénéficiaires de l'AME

L'aide médicale de l'état (AME) permet, sous condition de ressources, l'accès aux soins des personnes en situation irrégulière, résidant en France depuis plus de trois mois. Les 180 000 bénéficiaires comptabilisés au 31 décembre 2007 sont composés pour 70 % de jeunes adultes âgés de 20 à 49 ans dont la moitié sont des femmes. Les connaissances actuelles sur l'état de santé des bénéficiaires de l'AME sont réduites. L'enquête réalisée en 2007 par la DREES a ainsi permis de recueillir des informations sur les bénéficiaires de l'AME qui ont eu recours aux soins dans des structures hospitalières, dans des centres de soins et auprès de médecins généralistes libéraux. Cependant, les résultats de cette enquête ne sont pas représentatifs de l'ensemble des bénéficiaires de l'AME.

■ LE SUIVI DE GROSSESSE OU L'ACCOUCHEMENT : PRINCIPAL MOTIF DE RECOURS AUX SOINS

Le suivi de grossesse simple représente 30% des motifs de consultation des femmes bénéficiaires de l'AME (graphique 1). Hors suivi de grossesse simple, la moitié des consultations des femmes sont motivées par des maladies des voies aériennes ou de la sphère ORL, des troubles du système digestif, des pathologies ostéo-articulaires et des problèmes dermatologiques. L'ensemble de ces troubles représentent les deux tiers des recours masculins. Les maladies infectieuses graves (hépatites virales, VIH, tuberculose) constituent 3% des motifs de consultation, soit trois fois moins que chez les hommes. Moins isolées que les hommes, les femmes consultent peu pour des troubles dépressifs.

En hospitalisation, l'accouchement et le suivi de grossesse représentent le motif principal de recours. Près d'une hospitalisation sur deux est motivée par un accouchement, compliqué dans un quart des cas. Le suivi de grossesses pathologiques est à l'origine de 15 % des hospitalisations. Par ailleurs, pour les femmes de nationalité étrangère, en particulier africaine, le suivi échographique de grossesse est moins bon : la probabilité d'avoir eu moins de trois échographies, la norme actuelle conseillée et remboursée est 2,5 fois plus élevée pour les femmes d'Afrique du Nord, quatre fois plus élevée pour les femmes d'Afrique subsaharienne et cinq fois plus élevée pour les autres nationalités [Scheidtger et Vilain, 2007].

■ EN CONSULTATION, UNE BÉNÉFICIAIRE DE L'AME SUR CINQ SE CONSIDÈRE EN MAUVAIS OU TRÈS MAUVAIS ÉTAT DE SANTÉ

En dehors des consultations effectuées dans le cadre du suivi de grossesse simple, 19 % des femmes bénéficiaires de l'AME se déclarent en mauvaise ou très mauvaise santé (graphique 2). Avant 25 ans et à partir de 45 ans, cette proportion est moins élevée que celle des hommes. L'influence des effets néfastes de la migration liés aux conditions précaires d'existence a une incidence sur cette perception.

■ DES CONDITIONS D'EXISTENCE DIFFICILES

Les femmes bénéficiaires de l'AME, tout comme les hommes, connaissent des conditions de logement précaires. Elles sont majoritairement logées chez des amis ou de la famille. Dans un cas sur deux, elles cohabitent avec trois personnes ou plus et dans un cas sur quatre, le logement ne comporte qu'une pièce ou deux pour dormir. Néanmoins, du fait de situations familiales différentes, la cohabitation

ne revêt pas la même forme pour les hommes et pour les femmes, ces dernières vivant plus souvent en couple, avec ou sans enfant. Concernant les sources de revenus, près de six femmes bénéficiaires sur dix travaillent ou ont travaillé en France, essentiellement dans des domaines d'activité comme le ménage ou la garde d'enfants.

■ UN RENONCEMENT IMPORTANT AUX SOINS DE BASE POUR RAISONS FINANCIÈRES

Près d'une bénéficiaire de l'AME sur cinq a renoncé à des soins pour raisons financières dans les 12 derniers mois et une sur quatre à partir de 45 ans (graphique 3). Ce renoncement concerne essentiellement les consultations médicales et, dans une moindre mesure, les examens complémentaires comme la biologie ou l'imagerie. Quelle que soit la tranche d'âge, les femmes sont moins nombreuses que les hommes à avoir renoncé à des soins pour raisons financières. ●

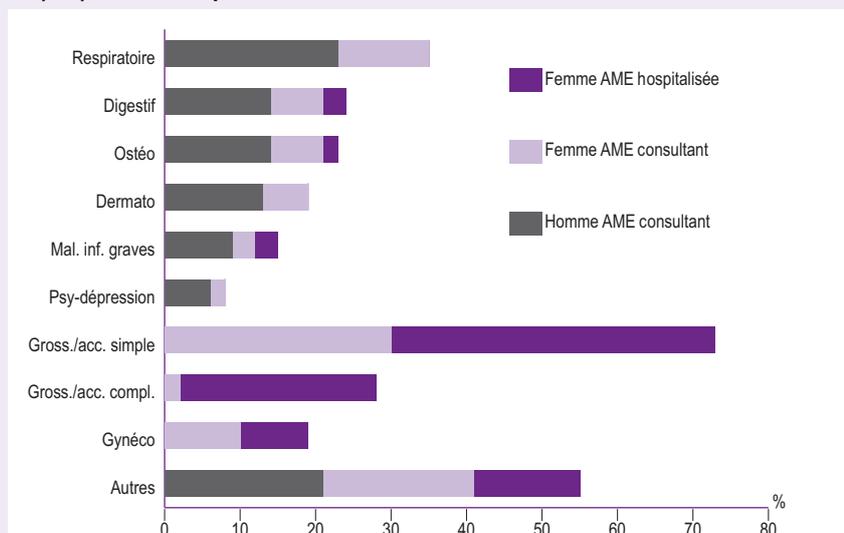
ORGANISME RESPONSABLE DE LA FICHE • DREES

synthèse

Le suivi de grossesse et l'accouchement simples constituent les premiers motifs de recours à la consultation (30 %) ou à l'hospitalisation des femmes bénéficiaires de l'AME (43 %). Hors suivi de grossesse simple, leurs motifs de recours à la consultation sont proches de ceux des hommes.

Si les femmes consultant pour suivi de grossesse simple perçoivent leur état de santé comme bon ou très bon, hors suivi de grossesse, la perception d'un état de santé mauvais ou très mauvais touche près d'une femme sur cinq et se rapproche de celle des hommes. Une femme sur cinq a renoncé à des soins pour des raisons financières dans les 12 derniers mois. Ce renoncement est moindre que celui observé chez les hommes.

Graphique 1 • Principaux motifs de recours aux soins



Champ : Bénéficiaires de l'AME, enquêtés dans un service de consultation externe, un centre conventionné Assurance maladie, un centre de soins associatifs, consultant un médecin généraliste libéral ou hospitalisés. Ne sont pas représentés les hommes bénéficiaires de l'AME hospitalisés, en raison de leur faible effectif.
Sources : Enquête DREES bénéficiaires de l'AME en contact avec une structure de soins, 2007.

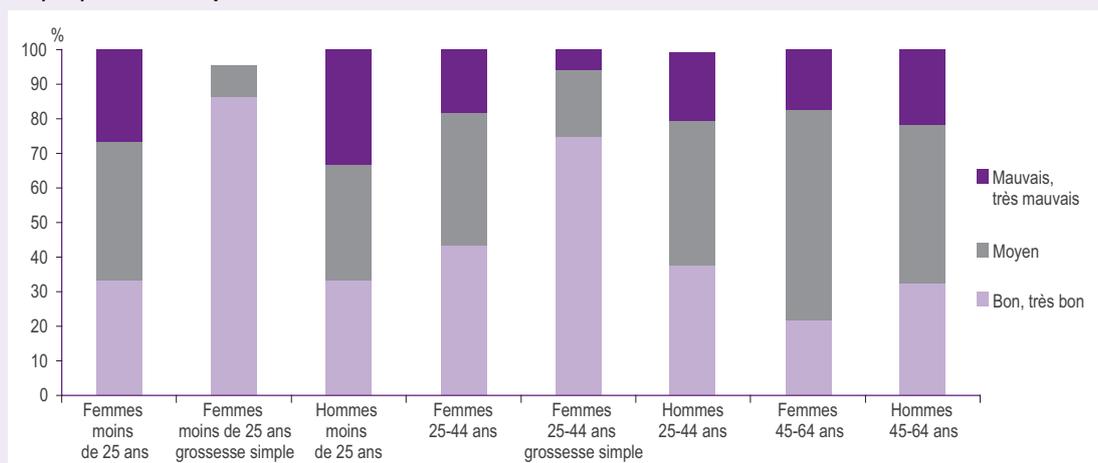
CHAMP • Bénéficiaires de l'AME en contact avec une structure de soins d'Île-de-France.

SOURCES • Enquête DREES. La DREES a réalisé une enquête auprès de bénéficiaires et de bénéficiaires potentiels de l'AME en contact avec une structure de soins d'Île-de-France entre janvier et mars 2007.

LIMITES ET BIAIS • En raison du protocole d'enquête utilisé, l'échantillon de personnes enquêtées n'est pas représentatif de l'état de santé des bénéficiaires de l'AME en général et ce, pour plusieurs raisons. En premier lieu, la désignation des services de consultation et les services d'hospitalisation enquêtés n'a pas été effectuée par tirage au sort. Pour avoir suffisamment de questionnaires, les services ont été désignés en fonction de leur fréquentation élevée par des bénéficiaires de l'AME. En second lieu, cette enquête est représentative des bénéficiaires de l'AME qui, au sein des structures enquêtées, ont bien voulu répondre. Enfin sur 1 100 personnes enquêtées, 800 questionnaires ont été remplis par un médecin et le diagnostic n'a été recueilli que pour 610 d'entre eux.

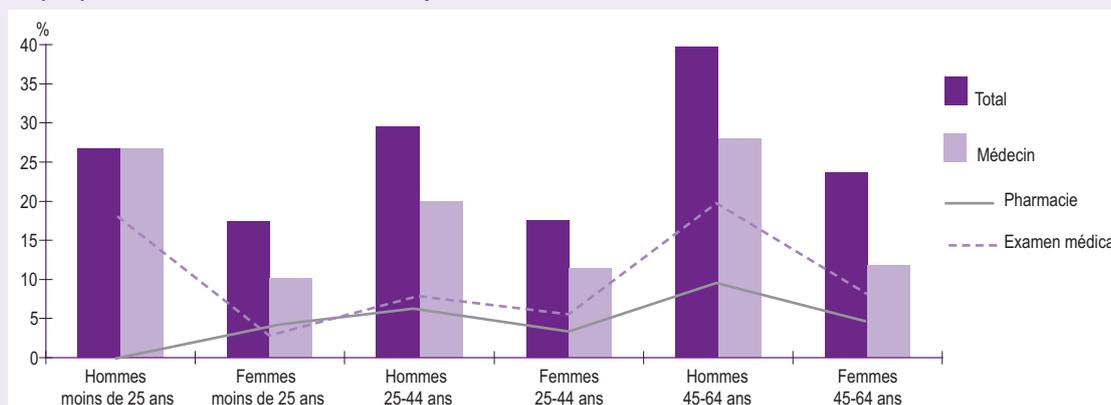
RÉFÉRENCES •
 – Boisguérin B., Hauri B., 2008 « Les bénéficiaires de l'AME en contact avec une structure de soins », DREES, *Études et Résultats*, n° 645, juillet.

Graphique 2 • Perception de l'état de santé des consultants



Champ : Bénéficiaires de l'AME enquêtés dans un service de consultation externe, un centre conventionné Assurance maladie, un centre de soins associatifs, hors patients ayant consulté un médecin généraliste libéral et personnes hospitalisées. Ces données concernent seulement les patients dont le médecin a fourni un diagnostic codé.
Sources : Enquête DREES bénéficiaires de l'AME en contact avec une structure de soins, 2007.

Graphique 3 • Renoncement à des soins pour raisons financières dans les 12 derniers mois



Champ : Bénéficiaires de l'AME enquêtés dans un service de consultation externe, un centre conventionné assurance maladie, un centre de soins associatifs ou hospitalisés (hors patients ayant consulté un médecin généraliste libéral).
Sources : Enquête DREES bénéficiaires de l'AME en contact avec une structure de soins, 2007.

Santé des femmes à leur entrée en prison

La loi du 18 janvier 1994 a transféré la prise en charge sanitaire des détenus du service public pénitentiaire au service public hospitalier. Elle repose sur des principes d'égalité, d'indépendance et de respect du secret médical et garantit aux personnes incarcérées la capacité et le droit d'accès aux soins avec une qualité égale à celle dont bénéficie la population générale. Pour les soins somatiques, la mise en œuvre de la politique de prévention et des soins en milieu carcéral est l'apanage des unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA). À cet égard, tous les établissements pénitentiaires ont passé une convention avec un établissement hospitalier. La prévention et la prise en charge des soins psychiatriques reposent sur un double dispositif: les secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire créés en 1986 dont la structure de base est le service médico-psychologique régional (SMPR) et les secteurs de psychiatrie générale et de psychiatrie infanto-juvénile qui interviennent dans le cadre des UCSA lorsqu'il n'existe pas de SMPR (encadré 1).

■ MOINS DE 5 % DE FEMMES PARMIS LES NOUVEAUX DÉTENUS

Au cours de l'année 2003, la direction de l'administration pénitentiaire a enregistré 80 621 entrées dans les 134 maisons d'arrêt et quartiers maison d'arrêt des centres pénitentiaires. Parmi ces entrées, 3 634 (4,5 %) ont concerné des femmes. La population de s'entrants en prison est jeune : la moitié des femmes venant de l'état de liberté a moins de 27 ans et la moitié des hommes moins de 28 en 2003 (tableau 1). Le taux annuel d'entrée en prison pour la même année s'élève à 0,1 pour mille femmes âgées de 13 ans ou plus contre 3,1 pour mille hommes. Il atteint 0,5 pour mille femmes âgées de 18 à 24 ans et 0,2 pour mille femmes âgées de 25 à 34 ans, contre respectivement 9,1 et 5,7 pour mille hommes.

■ AVANT L'INCARCÉRATION, DES CONTACTS AVEC LE SYSTÈME DE SOINS MOINS FRÉQUENTS QU'EN POPULATION GÉNÉRALE

Les femmes, comme les hommes, déclarent à leur entrée en prison avoir moins souvent eu des contacts avec le système de soins que dans l'ensemble de la population (tableau 2). Ainsi, un peu plus d'une femme sur deux a déclaré avoir vu un médecin en consultation ou en visite dans les 12 mois précédant son incarcération¹ et un peu plus du quart d'entre elles a signalé avoir eu un suivi gynécologique dans les 12 mois précédents. Cette proportion apparaît beaucoup plus faible que celle observée dans l'ensemble de la population². Ces résultats sont probablement en partie liés aux conditions de vie difficiles d'un grand nombre d'entre elles avant leur incarcération. En effet, plus d'une sur

trois a déclaré ne pas avoir de domicile stable et près d'une sur trois ne pas avoir de protection sociale (contre respectivement un sur six et un sur huit pour les hommes entrant en prison). À cet égard, la situation des femmes entrées en prison en 2003 apparaît beaucoup moins bonne qu'en 1997, année pour laquelle seulement une sur huit déclarait ne pas avoir de domicile stable et une sur six ne pas avoir de protection sociale (tableau 3). En outre, la proportion de femmes et d'hommes entrant en prison en 2003 se disant sans protection sociale apparaît très élevée eu égard à la mise en place en 2000 de dispositifs destinés à améliorer l'accès aux soins des personnes les plus défavorisées et à leurs conditions d'attribution (encadré 2). Une fraction des entrants peut méconnaître sa situation et faire erreur dans sa déclaration, d'autres peuvent effectivement ne pas avoir de couverture sociale, faute de droits ou d'avoir fait valoir leurs droits. Cette proportion est nettement plus élevée que celle observée en population générale. Les premiers résultats de l'enquête Santé 2002-2003³ montraient, en effet, que la part des personnes sans protection sociale s'élevait à 0,5 %. Mais, cette enquête n'a été réalisée qu'auprès des ménages « ordinaires », c'est-à-dire constitués de personnes vivant à leur domicile, et ne prenait pas en compte les personnes sans domicile stable.

■ LES FEMMES ENTRANT EN PRISON REQUIÈRENT PLUS DE SOINS QUE LES HOMMES

En 2003, femmes et hommes arrivant en prison ont été fréquemment jugés en bon état général (environ 80 % des cas), mais l'état de santé a été considéré comme « mauvais » pour 2,7 % des

entrantes (tableau 2). Comparée à la situation observée en 1997, la proportion d'entrantes en « bon état général » n'apparaît pas statistiquement significativement différente. En revanche, on observe une dégradation de l'état de santé bucco-dentaire: 53,3 % des femmes qui sont entrées en prison en 2003 ont été créditées d'un bon état bucco-dentaire contre 57 % en 1997.

À l'arrivée en prison, les femmes ont plus souvent que les hommes déclaré prendre des médicaments en rapport avec des maladies cardiovasculaires. On note une augmentation de la proportion d'entrantes souffrant de maladies cardiovasculaires. En effet, en 2003, 4,4 % d'entre elles déclarent un traitement en cours par des médicaments contre l'hypertension ou l'angine de poitrine ou des anticoagulants contre 1,1 % en 1997.

En 2003, les femmes arrivant en prison sont également plus touchées que les hommes par le sida et l'hépatite B. Les taux de séroprévalence⁴ s'élèvent, pour elles, respectivement à 3,8 % et 2 % contre 0,9 % et 0,8 % pour les hommes (tableau 4). Par ailleurs, elles se déclarent beaucoup moins souvent que les hommes vaccinées contre l'hépatite B: un peu moins d'une sur cinq contre près d'un homme sur trois. En revanche, elles déclarent être atteintes par l'hépatite C un peu moins souvent

1. Selon le baromètre Santé, en 2000, neuf femmes sur dix avaient consulté un médecin généraliste dans les 12 mois précédents.

2. Selon l'enquête ESPS, la proportion de femmes ayant eu un examen gynécologique dans les 18 derniers mois était, en 2002, d'environ 54 % pour les femmes âgées de 18 à 24 ans, 76 % pour celles âgées de 25 à 34 ans et 71 % pour celles âgées de 35 à 44 ans.

3. Enquête décennale réalisée par l'INSEE.

4. Voir la rubrique « Limites et biais ».

Tableau 1 • Répartition par sexe et âge En %

	Femmes		Hommes	
	1997	2003	1997	2003
Entrants en prison				
Moins de 13 ans	0,0	0,0	0,0	0,0
De 13 à 17 ans	0,4	0,4	3,6	4,5
De 18 à 24 ans	1,2	1,7	29,2	31,8
De 25 à 34 ans	1,6	1,1	36,1	30,0
De 35 à 44 ans	0,8	0,7	16,4	17,5
De 45 à 54 ans	0,4	0,4	7,3	8,4
55 ans ou plus	0,1	0,2	2,9	3,3
Total tous âges	4,5	4,5	95,5	95,5
Âge moyen (années)	29,7	29,9	30,3	30,6
Âge médian (années)	28,0	27,0	28,0	28,0
Population générale au 1^{er} janvier				
Moins de 13 ans	8,2	7,9	8,6	8,3
De 13 à 17 ans	3,3	3,2	3,5	3,4
De 18 à 24 ans	4,7	4,5	4,7	4,6
De 25 à 34 ans	7,4	6,8	7,4	6,8
De 35 à 44 ans	7,4	7,3	7,3	7,2
De 45 à 54 ans	6,4	7,1	6,4	6,9
55 ans ou plus	14,0	14,6	10,7	11,4
Total tous âges	51,4	51,4	48,6	48,6

Champ : France entière.

Sources : Fiche santé entrant de l'état de liberté et estimations localisées de population DREES et INSEE.

encadré 1

Les enquêtes • Les données présentées ici proviennent de deux enquêtes réalisées en 1997 et 2003 dans les UCSA, d'une enquête, réalisée en 2001, décrivant la population prise en charge dans les SMPR et d'une exploitation, pour l'année 2003, des rapports d'activité des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire et de psychiatrie générale. Les enquêtes auprès des UCSA étaient basées sur le recueil de données épidémiologiques collectées lors de la visite médicale systématique réalisée à l'entrée en maison d'arrêt mis en place par la loi de 1994.

La prise en charge de la psychiatrie en milieu pénitentiaire • En 2003, il y avait 26 secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire dont les équipes intervenaient dans 99 établissements pénitentiaires sur les 188 existants. En outre, 129 secteurs de psychiatrie générale avaient déclaré dispenser des soins en milieu pénitentiaire dans le cadre de protocoles passés entre les établissements de santé dont ils relevaient et les établissements pénitentiaires.

encadré 2

Protection sociale et accès aux soins des personnes les plus défavorisées et des détenus

La CMU de base permet d'affilier automatiquement au régime général de l'assurance maladie toute personne résidant en France de façon stable et régulière et sans droits ouverts à un autre titre (voir fiche 69 « Bénéficiaires de la CMUC »). L'AME prenait en charge, à la date de l'enquête (2003), sous conditions de ressources, les frais de santé des personnes résidant irrégulièrement en France (voir fiche 70 « Bénéficiaires de l'AME »). La loi du 18 janvier 1994 organise la couverture sociale des détenus en les affiliant tous, dès l'incarcération, à l'assurance maladie et maternité du régime général de la Sécurité sociale.

Tableau 2 • Entrants en prison – Appréciation de l'état de santé En %

	Femmes		Hommes	
	1997	2003	1997	2003
Proportion d'entrants déclarant avoir eu au moins un contact avec le système de soins dans les 12 mois précédant l'incarcération				
Total* dont :	70,2	59,3	57,7	56,1
dont : Consultation ou visite médicale	66,6	53,8	53,1	52,5
Suivi gynécologique	nd	26,7	///	///
Hospitalisation d'au moins 4 jours pour traumatisme	5,0	8,6	7,5	6,4
Autre hospitalisation sauf en psychiatrie	18,8	9,8	8,5	7,6
Suivi régulier ou hospitalisation en psychiatrie	13,3	10,4	8,6	9,0
Proportion d'entrants dont l'état général est jugé				
Bon	75,8	79,8	77,2	80,3
Moyen	22,6	17,5	21,1	18,0
Mauvais	1,6	2,7	1,7	1,7
Proportion d'entrants dont l'état bucco-dentaire est jugé				
Bon	56,8	53,3	49,3	47,0
Nécessitant des soins à programmer	41,0	46,6	48,0	50,2
Nécessitant des soins en urgence	2,2	0,1	2,7	2,8
Allocation pour adulte handicapé (AAH)	nd	1,5	nd	2,5
Invalidité ou longue maladie	nd	3,9	nd	3,2
Exonération du ticket modérateur au titre d'une affection de longue durée (ALD)	nd	4,8	nd	3,7
Au moins un des trois	nd	6,9	nd	6,1
Proportion d'entrants déclarant un traitement en cours par				
Bronchodilatateurs et anti-asthmatiques	7,2	6,4	3,5	4,3
Anticomitiaux	2,1	2,6	1,3	2,0
Insuline	-	2,2	0,4	0,4
Anti-HTA, anti-angor ou anticoagulants	1,1	4,4	2,3	2,2
Proportion d'entrants déclarant avoir				
Fait une tentative de suicide dans les 12 mois précédant l'incarcération	nd	5,8	nd	5,9
Un piercing ou un tatouage	nd	27,1	nd	24,6

* Le total est inférieur à la somme des lignes, un même entrant ayant pu avoir plusieurs contacts avec le système de soins.

Champ : France entière.

Sources : Fiche santé entrant de l'état de liberté, DREES.

Tableau 3 • Entrants en prison – Insertion sociale avant l'incarcération En %

	Femmes		Hommes	
	1997	2003	1997	2003
Proportion d'entrants déclarant, avant l'incarcération, un domicile				
Stable	87,5	61,8	83,5	82,3
Précaire	8,4	22,0	10,2	10,1
Sans abri	3,3	14,4	5,1	5,6
Non réponse	0,8	1,8	1,2	2,0
Proportion d'entrants déclarant, avant l'incarcération				
Sécurité sociale	71,7	45,3	71,7	67,0
Couverture maladie universelle (CMU)	///	18,9	///	17,2
Aide médicale d'état (AME)	///	2,3	///	0,7
Aide médicale	7,5	///	5,4	///
Aucune protection sociale	15,5	31,5	17,6	12,7
Ne sait pas ou non réponse	5,3	2,0	5,3	2,4

Champ : France entière.

Sources : Fiche santé entrant de l'état de liberté, DREES.

Santé des femmes à leur entrée en prison (suite)

que les hommes (2,6 % contre 3,2 %). Concernant les maladies infectieuses chroniques, on constate une diminution de la proportion d'entrantes se déclarant infectées par le VIH, l'hépatite B ou l'hépatite C (4,6 % en 2003 contre 9,6 % en 1997) liée à une diminution importante de la séroprévalence déclarée de l'hépatite C (2,6 % en 2003 contre 6 % en 1997), tandis que celles du VIH et de l'hépatite B n'ont pas varié de façon significative.

Cette dégradation de l'état de santé des femmes entrant en prison semble devoir être mise en relation avec les difficultés accrues de leurs conditions de vie lorsqu'elles étaient en liberté.

■ DES PRÉVALENCES DE CONSOMMATION DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES PLUS PROCHES DE CELLES DES HOMMES QU'EN POPULATION GÉNÉRALE

Les femmes entrées en prison en 2003 ont déclaré faire usage de substances psychoactives⁵ moins souvent que les hommes (tableau 5). Mais, à structure d'âge identique, les écarts de prévalence de consommation de ces substances constatés entre femmes et hommes ont été généralement plus faibles parmi les détenus nouvellement incarcérés qu'en population générale. La prévalence élevée d'utilisation de drogues illicites chez les femmes qui entrent en prison est vraisemblablement en partie liée à la surreprésentation des femmes incarcérées pour infraction à la législation sur les stupéfiants. Par rapport à 1997, on a enregistré en 2003 une forte hausse de la prévalence de l'alcoolisme excessif⁶ déclaré par environ une femme nouvellement incarcérée sur six contre environ une sur dix en 1997. Par ailleurs, la prévalence du

tabagisme quotidien n'a pas diminué chez elles de façon statistiquement significative. En revanche, la proportion de nouvelles détenues déclarant un traitement en cours par médicament psychotrope a baissé essentiellement du fait des anxiolytiques ou hypnotiques. De même la prévalence de la toxicomanie parmi les femmes entrant en prison a été moins élevée en 2003 qu'en 1997. Cette diminution est à relier à celle enregistrée par la part des femmes incarcérées, à titre principal, pour infraction à la législation sur les stupéfiants qui, selon l'administration pénitentiaire, est passée de 21 % en 1997 à 14 % en 2003.

■ PRESCRIPTION D'UNE PRISE EN CHARGE PSYCHIATRIQUE PLUS FRÉQUENTE POUR LES FEMMES

À l'issue de la visite médicale d'entrée, un examen d'imagerie (hors dépistage de la tuberculose et radio dentaire) a été préconisé à un peu plus d'une femme entrant en prison sur quatre contre un peu moins d'un homme sur six (tableau 6). De même, la prescription de consultations spécialisées pour au moins un des problèmes somatiques retenus dans l'enquête⁷ a été plus fréquente pour elles et a concerné environ une femme sur dix contre environ un homme sur seize. Toutefois, bien que quatre entrantes sur cinq aient eu entre 18 et 44 ans une consultation spécialisée en gynécologie n'a été prescrite qu'à environ une entrante sur quatre.

Enfin, la nécessité d'un suivi psychologique est apparue aux médecins plus fréquente pour les femmes entrant en prison que pour les hommes : hors motifs liés à l'alcoolologie et à la toxicomanie, une consultation spécialisée en psychiatrie a été prescrite à environ une femme sur sept et un homme sur onze

(tableau 6). Par rapport à 1997, la fréquence de prescription d'une telle consultation apparaît en diminution pour les femmes et en augmentation pour les hommes.

Les rapports d'activité des secteurs de psychiatrie indiquent que la plupart des personnes entrées en détention en 2003 ont bénéficié d'un entretien avec une équipe de soins psychiatriques aux fins de repérage d'éventuels troubles psychiques. En 2003, la moitié des nouveaux entrants en prison a été incarcérée dans un établissement pénitentiaire doté d'un SMPR et ces derniers ont effectivement rencontré 63 % d'entre eux. L'enquête réalisée en 2001 auprès de ces services a constaté que 59 % des femmes nouvellement incarcérées présentaient des troubles psychiatriques de gravité plus ou moins importante contre 54 % des hommes. Les troubles les plus fréquents repérés chez les femmes par les psychiatres étaient les troubles anxieux (67 % contre 55 % chez les hommes) et les troubles dépressifs (45 %). Les troubles les plus fréquents repérés chez les hommes sont les troubles liés aux addictions (56 %). En outre, la population des détenus suivis par les SMPR apparaissait plus féminisée que l'ensemble de la population pénale (10 % contre 4 %). Pour les femmes les principales pathologies à l'origine des recours étaient les troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives (26 %) et les troubles de la personnalité et du comportement (23 %). Ces deux groupes représentaient également les motifs de recours les plus fréquents chez les hommes avec une fréquence voisine des troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives (25 %) et nettement plus importantes des troubles de personnalité (36 %). ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA FICHE • DREES

synthèse

Les femmes sont peu nombreuses en prison. En 2003, elles ont représenté 4,5 % des entrants de l'état de liberté.

Elles avaient, à l'entrée en prison, des niveaux d'usage des produits psychoactifs (alcool, tabac, drogues illicites ou médicaments psychotropes) beaucoup plus élevés et plus proches de ceux des hommes qu'en population générale.

Elles ont plus souvent que les hommes déclaré prendre des médicaments en rapport avec des maladies cardiovasculaires. En outre, leurs taux de séropositivité VIH ou VHB étaient nettement plus élevés que ceux des hommes.

Enfin, la nécessité d'un suivi psychologique est apparue aux médecins plus fréquente pour les femmes entrant en prison que pour les hommes.

5. Tabac, alcool, drogues illicites, médicaments psychotropes.

6. Définie, dans l'enquête, comme supérieure ou égale à cinq verres par jour pour les hommes et trois verres par jour pour les femmes quand elle est régulière, et supérieure ou égale à cinq verres consécutifs au moins une fois par mois quand elle est discontinue.

7. Ophtalmologie, oto-rhino-laryngologie, dermatologie, hépato-gastro-entérologie, maladies infectieuses, maladies cardiovasculaires, pneumologie.

Tableau 4 • Entrants en prison – Maladies infectieuses chroniques En %

	Femmes		Hommes	
	1997	2003	1997	2003
Proportion d'entrants déclarant avoir eu, avant l'incarcération, un test de dépistage du SIDA, de l'hépatite B et/ou de l'hépatite C				
Au moins une des trois(1)	52,3	32,9	49,0	43,2
dont : SIDA	47,8	32,2	46,5	40,4
Hépatite B	30,6	19,2	25,5	20,6
Hépatite C	22,3	16,4	19,8	28,0
Proportion d'entrants déclarant, au moment de l'incarcération, une séropositivité VIH, VHB et/ou VHC				
Au moins une des trois(2)	9,6	4,6	6,4	4,2
dont : SIDA	3,7	3,8	1,6	0,9
Hépatite B	3,2	2,0	2,3	0,8
Hépatite C	6,0	2,6	4,3	3,2
Proportion d'entrants déclarant avoir eu avant l'incarcération				
Une vaccination complète contre l'hépatite B	16,3	18,9	13,6	32,0

(1) Ce pourcentage est inférieur à la somme des trois tests pris séparément car un entrant peut avoir eu des tests pour plusieurs de ces maladies.

(2) Ce pourcentage est inférieur à la somme des trois taux de séropositivité pris séparément car un entrant peut avoir déclaré un résultat positif pour plusieurs de ces maladies.

Champ : France entière.

Sources : Fiche santé entrant de l'état de liberté, DREES.

Tableau 5 • Entrants en prison – Consommations de substances psychoactives et traitements de substitution En %

	Femmes		Hommes	
	1997	2003	1997	2003
Proportion d'entrants déclarant fumer, habituellement, par jour				
De 1 à 5 cigarettes	5,3	6,3	6,4	7,4
De 6 à 20 cigarettes	45,5	43,9	53,7	55,9
Plus de 20 cigarettes	16,4	12,9	18,6	15,1
Non fumeur ou fumeur occasionnel ou ancien fumeur	32,8	36,9	21,3	21,6
Proportion d'entrants déclarant une consommation excessive d'alcool				
Au moins 5 verres par jour pour les hommes et 3 verres par jour pour les femmes (1) et/ou au moins 5 verres consécutifs au moins une fois par mois	10,9	16,9	34,3	31,6
Proportion d'entrants déclarant une utilisation prolongée et régulière de drogues illicites au cours des 12 mois précédant l'incarcération				
Total(2) (3)	26,0	19,1	32,3	34,0
dont : Cannabis	15,7	14,4	26,0	30,6
Héroïne, morphine ou opium	16,7	6,1	14,3	6,5
Cocaïne ou crack	8,4	7,3	9,0	7,7
Médicaments utilisés de façon toxicomaniaque	10,8	6,3	9,0	5,4
Autre produit (L.S.D., ecstasy, colles, solvants...)	3,0	3,4	3,4	4,0
Polytoxicomanie (4)	14,3	7,4	14,7	10,7
Proportion d'entrants déclarant une utilisation de drogue illicite par voie intraveineuse				
Au moins une fois	15,8	4,6	11,6	6,6
Au cours des 12 mois précédant l'incarcération	5,9	3,7	6,2	2,5
Proportion d'entrants déclarant un traitement de substitution en cours par				
Méthadone	1,6	1,1	0,6	1,5
Subutex	9,0	9,2	6,2	5,8
Proportion d'entrants déclarant un traitement en cours par médicaments psychotropes				
Total(2)	26,2	14,3	16,7	14,8
dont : Neuroleptiques	4,9	3,0	3,5	4,6
Antidépresseurs	9,1	7,3	3,8	5,0
Anxiolytiques ou hypnotiques	23,5	12,3	14,8	12,0

(1) Au moins six verres par jour quel que soit le sexe en 1997.

(2) Le total est inférieur à la somme des lignes, un même entrant pouvant consommer plusieurs produits.

(3) Utilisation d'au moins une substance.

(4) Utilisation d'au moins deux substances.

Champ : France entière.

Sources : Fiche santé entrant de l'état de liberté, DREES.

CHAMP • France entière.

SOURCES • Fiche santé entrant de l'état de liberté (DREES) et estimations localisées de population (INSEE).

LIMITES ET BIAIS • Les taux de prévalence pour les infections à VIH, VHB ou VHC indiqués dans cette étude ont été calculés en rapportant le nombre de personnes se déclarant séropositives au nombre total d'entrants en prison et non seulement au nombre de personnes ayant déclaré avoir fait des tests de dépistage. Il s'agit donc de minima reposant sur l'hypothèse que les entrants n'ayant jamais fait de tests de dépistage ou déclarant ignorer leur statut sérologique, bien qu'ayant été testés ou n'ayant pas répondu à ces questions, soient tous séronégatifs.

RÉFÉRENCES •

– Coldefy M. (DREES), Faure P., Prieto N. (Groupe français d'épidémiologie psychiatrique – GFEP), 2002, « La santé mentale et le suivi psychiatrique des détenus accueillis par les services médico-psychologiques régionaux », DREES, *Études et Résultats*, n° 181, juillet.

– Coldefy M., 2005, « La prise en charge de la santé mentale des détenus en 2003 », DREES, *Études et Résultats*, n° 427, septembre.

– Mouquet M.-C., 2005, « La santé des personnes entrées en prison en 2003 », DREES, *Études et Résultats*, n° 386, mars.

ORGANISME RESPONSABLE DE L'ENQUÊTE • DREES.

Tableau 6 • Entrants en prison – Examens complémentaires et consultations spécialisées prescrits En %

	Femmes		Hommes	
	1997	2003	1997	2003
Proportion d'entrants pour lesquels le médecin a prescrit				
Un examen biologique (1)	54,9	44,2	40,6	48,2
Un examen d'imagerie (2)	4,3	28,0	4,8	16,0
Proportion d'entrants pour lesquels le médecin a prescrit une consultation spécialisée				
En gynécologie (3)	19,5	22,9	///	///
Pour des problèmes somatiques(3) (4) (5)				
En psychiatrie (hors motif relatif à l'alcoolisme et/ou la toxicomanie)	15,7	13,9	8,5	9,4
En alcoologie ou psychiatrie pour des motifs en relation avec l'alcoolisme	3,4	1,8	4,0	6,2
En toxicomanie ou psychiatrie pour des motifs en relation avec la toxicomanie	9,3	8,1	6,6	6,2

(1) Hors sérologie de la syphilis en 1997.

(2) Radiologie, scanner, IRM, scintigraphie, échographie..., hors dépistage de la tuberculose et radio dentaire.

(3) Les consultations de gynécologie ont été rapportées aux seules femmes.

(4) Ophtalmologie, ORL, dermatologie, gastro-entérologie ou suivi de l'infection par le VIH en 1997.

(5) Ophtalmologie, ORL, dermatologie, hépato-gastro-entérologie, maladies infectieuses, cardiovasculaire ou pneumologie en 2003.

Champ : France entière.

Sources : Fiche santé entrant de l'état de liberté, DREES.

Santé des nouvelles migrantes

En 2006, 120 000 personnes ont obtenu leur premier titre de séjour d'au moins un an en France, dont 54 % de femmes. Ces « nouvelles migrantes » sont jeunes (la moitié a moins de 30 ans) et vivent en couple (75 %). La majorité d'entre elles ont migré pour accompagner ou rejoindre un conjoint ou d'autres membres de leur famille. Auparavant, 50 % d'entre elles habitaient en Afrique, se répartissant quasi également entre Maghreb (Algérie, Maroc, Tunisie) et Afrique subsaharienne, 17 % habitaient en Asie et 11 % en Europe (Union européenne et Communauté des États indépendants). Elles sont arrivées plus récemment que les hommes nouveaux migrants et s'expriment moins bien en français que ces derniers. Les trois quarts d'entre elles n'ont pas d'activité professionnelle.

■ 87 % DES NOUVELLES MIGRANTES SE DISENT EN BONNE, TRÈS BONNE OU EXCELLENTE SANTÉ

Les femmes qui ont obtenu en 2006 leur premier titre de séjour d'au moins un an en France se déclarent en bonne santé : 87 % se disent en excellente, bonne ou très bonne santé et 11 % déclarent que leur santé n'est ni bonne ni mauvaise (tableau 1). Leurs réponses sont proches de celles de l'ensemble des femmes résidant en France métropolitaine : 85 % des migrantes de 20 à 49 ans contre 82 % des femmes en population générale se disent en bonne, très bonne ou excellente santé [Danet et Salines, 2008]. Les hommes nouveaux migrants ont une perception plus positive de leur santé que les femmes à l'instar de ce que l'on observe dans la population générale. De la même façon, la probabilité pour une nouvelle migrante de se déclarer en moyenne ou mauvaise santé s'accroît avec l'âge. Lors de la visite médicale qui constitue l'une des dernières étapes avant l'obtention du titre de séjour est mise en évidence une prévalence plus marquée de certaines pathologies telles que l'obésité, le diabète ou encore la tuberculose [Debska et Wluczka, 2006].

L'ensemble des résultats ici établis sont vérifiés dans le cadre d'une analyse toutes choses égales par ailleurs. Les migrantes arrivées récemment (durant l'année de l'enquête) se déclarent en meilleure santé que celles arrivées précédemment. Ce constat a déjà été relevé dans d'autres pays (réf. canadienne). L'origine géographique est également un élément déterminant dans la perception de la santé des migrantes. Les femmes originaires d'Afrique (plus particulièrement celles du Maghreb), arrivées récemment, se déclarent en bien meilleure santé que les autres migrantes (graphique 1). À l'opposé, les migrantes origi-

naires d'Asie sont les plus négatives : 33 % se déclarent en moyenne, mauvaise ou très mauvaise santé. Une moins bonne maîtrise de la langue française va de pair avec une plus mauvaise perception de son état de santé, traduisant peut-être par là un sentiment d'isolement et de moindre emprise sur son environnement.

■ NEUF MIGRANTES SUR DIX DÉCLARENT BÉNÉFICIER DE REMBOURSEMENT POUR LEURS SOINS

Les femmes disent un peu plus souvent que les hommes bénéficier de remboursement (par la sécurité sociale) pour leurs dépenses de soins : 91 % contre 89 % des hommes [tableau 2]. Les nouvelles migrantes originaires du Sud-Est asiatique sont deux fois plus nombreuses que les autres à ne pas avoir cette protection¹. Quand on prend en compte le motif de la migration, on s'aperçoit que ce sont les femmes venues rejoindre leur conjoint français qui déclarent plus souvent bénéficier de remboursements que celles venues rejoindre un conjoint immigré, respectivement 95 % et 80 %. Ce résultat peut s'expliquer par le fait que ces dernières sont moins familiarisées avec le système de sécurité sociale ou y accèdent moins facilement. Par rapport à la date d'arrivée sur le territoire, 11 % des femmes arrivées en 2006 (année de la première interrogation dans l'enquête) et 14 % de celles arrivées avant 1999 déclarent ne pas être pourvues de cette protection. La première vague de l'enquête étant réalisée peu de temps après l'obtention du titre (trois mois environ) les immigrées les plus récentes ont pu ne pas être confrontées à cette situation. Pour celles arrivées avant 1999, il est probable que durant la période qui a précédé l'obtention de leur titre de séjour, elles n'ont pas recouru au système de remboursement, pouvant bénéficier de

soins gratuits dans les dispensaires, associations humanitaires ou ne se faisant soigner qu'en cas d'extrême nécessité.

■ 5 % DES FEMMES MIGRANTES ONT DÛ RENONCER À DES SOINS AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS

Lorsqu'elles ont été réinterrogées en 2007, environ 15 mois après l'obtention de leur titre de séjour (interrogation en deux vagues), 98 % des femmes migrantes déclarent avoir une couverture maladie, le plus souvent en leur propre nom. 5 % disent avoir renoncé à certains soins de santé au cours des 12 derniers mois (4 % pour les hommes migrants). Il s'agit alors le plus souvent et par ordre décroissant de fréquence : de soins dentaires (42 %), de visites chez le médecin (28 %) et d'analyses de laboratoire (18 %). Elles y ont renoncé en raison du coût des soins (majorité des cas) ou par manque de temps (une fois sur cinq). Ce sont plutôt des femmes âgées de 35 à 44 ans (35 % des 35-44 ans ont renoncé aux soins, alors qu'elles ne représentent que 22 % des femmes enquêtées) et qui vivent plus fréquemment dans les ménages disposant des plus faibles ressources. Les 2 % de femmes n'ayant pas de couverture maladie ont dû renoncer à des soins trois fois plus souvent que les autres. Lorsque le manque d'argent et les problèmes de santé se conjuguent, le renoncement aux soins est plus fréquent et conduit les migrantes à se tourner alors vers les services d'urgence à l'hôpital : le renoncement aux soins est deux fois plus fréquent pour les femmes qui se sont rendues à plusieurs reprises aux urgences de l'hôpital. ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA FICHE • DREES

1. Tous les résultats suivants restent valables toutes choses égales par ailleurs, c'est-à-dire en contrôlant les effets de l'âge, l'année d'arrivée en France, le pays de naissance, l'activité professionnelle, le type de ménage et les conditions d'arrivée en France.

Tableau 1 • État de santé perçu des femmes et des hommes nouveaux bénéficiaires d'un titre de séjour En %

Dans l'ensemble, pensez-vous que votre santé est ?	Hommes	Femmes	Ensemble
Excellente	38	26	31
Très bonne	32	32	32
Bonne	23	29	27
Ni bonne, ni mauvaise	5	11	8
Mauvaise	2	2	2
Total	100	100	100

Champ : Ensemble des personnes ayant obtenu en 2006 un premier titre de séjour d'au moins un an en France, interrogées quelques mois après cette obtention.

Sources : Enquête Parcours et profils des migrants, vague 1, DREES, 2006.

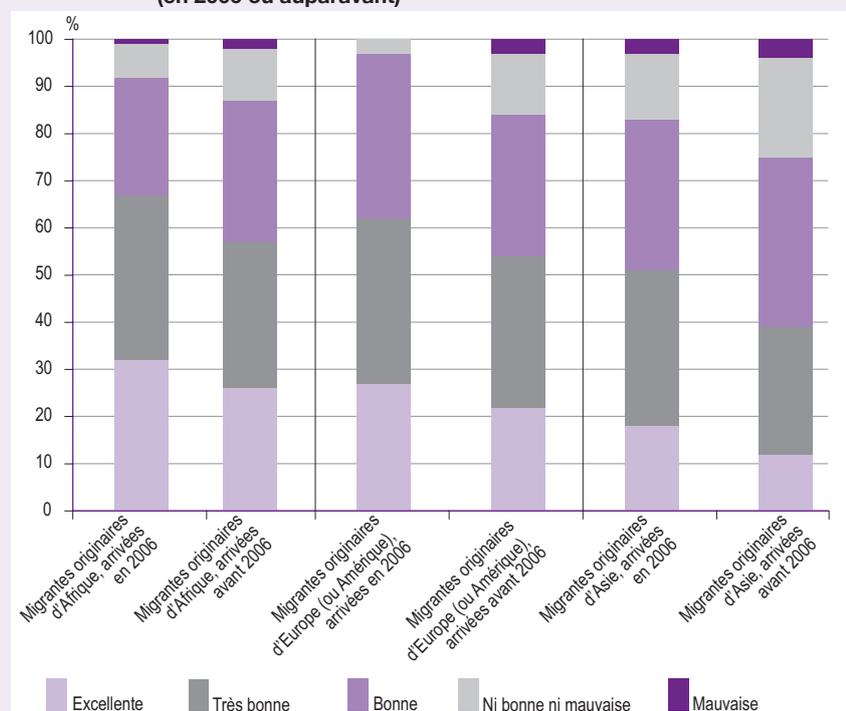
Tableau 2 • Couverture sociale des femmes et des hommes nouveaux bénéficiaires d'un titre de séjour En %

Actuellement êtes-vous remboursé pour vos dépenses de soins ?	Hommes	Femmes	Ensemble
Oui	89	91	90
Non	11	9	10
Total	100	100	100

Champ : Ensemble des personnes ayant obtenu en 2006 un premier titre de séjour d'au moins un an en France, interrogées quelques mois après cette obtention.

Sources : Enquête Parcours et profils des migrants, vague 1, DREES, 2006.

Graphique 1 • État de santé des femmes migrantes de 20 à 49 ans selon le continent de naissance et selon le caractère récent de leur arrivée en France (en 2006 ou auparavant)



Lecture : 32% des femmes ayant migré en France en 2006 et originaires d'Afrique se déclarent en excellente santé.

Champ : Femmes de 20 à 49 ans ayant obtenu en 2006 un premier titre de séjour d'au moins un an en France, interrogées quelques mois après cette obtention.

Sources : Enquête Parcours et profils des migrants, vague 1, DREES, 2006.

SOURCES • L'enquête Parcours et profils des migrants récemment arrivés ou régularisés en France

L'enquête de la DREES sur les parcours et profils des migrants récemment arrivés ou régularisés en France est une enquête quantitative en deux vagues réalisée en face à face auprès d'un échantillon représentatif de 6 280 migrants venant d'obtenir un titre de séjour d'un an au minimum. Les personnes concernées par cette enquête sont les étrangers passés par l'Agence nationale de l'accueil des étrangers et des migrations (ANAEM), à qui a été proposée la signature d'un contrat d'accueil et d'intégration (CAI). La première vague a été réalisée entre septembre 2006 et janvier 2007 auprès des personnes passées par l'ANAEM entre juin et octobre 2006. La seconde vague réinterroge les mêmes personnes entre septembre et décembre 2007. Les entretiens ont été réalisés le cas échéant par des enquêteurs-interprètes dans les 13 langues les plus fréquentes selon les départements. Ces langues permettent de couvrir 86% des besoins de traduction. Cette enquête vise à mieux connaître les parcours, les différentes trajectoires (résidentielles, professionnelles, familiales) et le recours aux services sociaux des personnes qui viennent d'obtenir un titre de séjour d'au moins un an en France et ayant vocation à s'y installer durablement. Au-delà, elle interroge également la vision et les attentes que ces migrants ont de la France et comment ces éléments influent sur leurs trajectoires. Il s'agit tout particulièrement d'appréhender le projet migratoire, son évolution dans le temps, son caractère individuel ou familial, comment il est modelé par les institutions et les catégories administratives auxquelles le migrant est confronté. L'interrogation en deux vagues permet d'introduire une temporalité dans l'appréhension du processus d'intégration et de percevoir d'éventuels liens entre l'évolution du projet migratoire et les conditions de vie rencontrées au cours de la première année avec un titre de séjour. Les personnes concernées par cette enquête sont les étrangers à qui l'État français a proposé la signature d'un CAI en 2006 :
 – les bénéficiaires d'un titre de « conjoints de français » (41 %) ;
 – les bénéficiaires du regroupement familial (11 %) ;
 – les réfugiés et leur famille (8 %) ;
 – les personnes régularisées pour résidence en France ou pour liens personnels et familiaux (36 %) ;
 – autres titres de séjour (4 %) dont salariés, les scientifiques et leurs familles.

RÉFÉRENCES •

- Bègue M., 2007 « Qui sont les nouveaux bénéficiaires d'un titre de séjour en France ? », *Études et Résultats*, DREES, n° 612, décembre.
- Danet S., Salines E., 2008 « L'état de santé de la population en France », *Études et Résultats*, DREES, n° 623, février.
- Debska E., Wluczka M., « La santé des primo migrants en 2006 – Étude réalisée à partir des enquêtes (semaines données) », document diffusé par l'Agence nationale de l'accueil des étrangers et des migrations (ANAEM) accessible sur www.anaem.social.fr
- Ng E., Wilkins R., Gendron F. et Berthelot J.-M., 2005, « L'évolution de l'état de santé des immigrants au Canada : constats tirés de l'Enquête nationale sur la santé de la population », *Statistique Canada*, n° 82-618.

synthèse

En 2006, les femmes représentent plus de la moitié (54 %) des nouveaux bénéficiaires d'un titre de séjour d'au moins un an en France. Plutôt jeunes, elles viennent le plus souvent pour rejoindre un conjoint ou un membre de la famille. Elles se déclarent en aussi bonne santé que l'ensemble des femmes de même âge vivant en France ; les arrivées les plus récentes sont même plus positives que la moyenne. Les migrantes originaires d'Afrique, particulièrement du Maghreb (comme les Européennes) se déclarent en meilleure santé que les personnes d'origine asiatique. Quelques mois après l'obtention de leur titre, la plupart des migrantes (91 %) disent bénéficier de remboursement pour leurs dépenses de soins, 20 % de celles venues pour rejoindre un conjoint immigré ont cependant déclaré ne pouvoir accéder à la sécurité sociale. Quinze mois après leur arrivée, seules 2 % des femmes n'ont pas de couverture sociale, mais 5 % déclarent avoir dû renoncer à certains soins.

S'intéresser spécifiquement à la santé des femmes, c'est à la fois porter un regard sur les inégalités qui demeurent entre femmes et hommes et prendre en compte le clivage social grandissant au sein même de la population féminine.

Cette double approche, sexuée et sociale, est mobilisée tout au long de cet ouvrage qui collige l'ensemble des données disponibles dans le champ sanitaire et social. Les auteurs – statisticiens, épidémiologistes, médecins, démographes, sociologues – ont réuni leurs compétences pour réaliser cette photographie de la santé des femmes en 2008.

À partir de fiches thématiques conjuguant les approches par pathologie et par population, les problèmes de santé sont abordés en onze chapitres : données de cadrage, santé sexuelle et reproductive, périnatalité, maladies infectieuses, maladies chroniques et vieillissement, cancers, addictions et toxicomanie, santé mentale, accidents et traumatismes, santé et travail, santé et précarité. Un éclairage particulier est porté sur trois problématiques au cœur des préoccupations actuelles de santé publique : la périnatalité, la santé sexuelle et reproductive ainsi que les violences subies par les femmes. Une synthèse vient compléter ce panorama.

Au-delà des constats, ce recueil se veut un outil d'aide à la décision afin de prévenir les changements dans l'organisation des soins au carrefour des secteurs sanitaire et social et met en lumière des besoins de connaissance importants.

•

Cet ouvrage s'appuie sur les contributions de l'ensemble des producteurs de données dans le champ sanitaire et social :
Agence de la biomédecine, Assurance maladie, DARES, DGS, DHOS, DREES, HAS, InCa, INED, INPES, INSEE, INSERM (CépiDc, U687, U953, U822), InVS, IRDES, OFDT, INHES-OND, USEN (InVS-CNAM-Paris 13)



Diffusion
Direction de l'information légale et administrative

La **documentation** Française
Tél : 01 40 15 70 10
www.ladocumentationfrancaise.fr

DICOM : 10 004
Gencod : 9782110080158
DF : 5 HC 20370

Prix : 17 euros