

Santé des femmes : état des lieux

L'ouvrage, 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'ouvrage est constitué de 72 fiches thématiques complétées de trois dossiers sur des problématiques spécifiques, assortis d'une synthèse. L'objectif a été de décrire les différences entre hommes et femmes ainsi que les inégalités sociales et les disparités territoriales en matière de santé.

Un travail partenarial de grande ampleur

18 organismes partenaires : CNAMTS, DARES, DGS, DHOS, DREES, HAS, INED, INPES, INSEE, INSERM (CépiDc, U88, U953, U822), InVS, IRDES, OFDT, INHES-OND, USEN-CNAM

87 contributeurs : épidémiologistes, démographes, sociologues, statisticiens, médecins, psychiatres...

Assurer la lisibilité des résultats pour les acteurs de santé publique

Les problèmes de santé sont 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 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.

Les dossiers thématiques

La santé maternelle et périnatale est un enjeu de santé publique important. Le **dossier « Périnatalité et santé des femmes »** présente les mesures prises en application du plan Périnatalité 2005-2007. Les résultats de l'enquête réalisée 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 les progrès de l'assistance médicale à la procréation et 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. Le **dossier « Sexualité, contraception, prévention et rapports de genre »** analyse l'influence du contexte sociologique. L'élargissement du champ de l'analyse à la sexualité et aux infections sexuellement transmissibles apparaît nécessaire dès lors que l'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 connaissances 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 les différentes enquêtes et données maintenant disponibles. Le **dossier « Violences, santé et événements difficiles : situation comparée des femmes et des hommes »** 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. ■

Une longévité plus grande que les hommes mais une moins bonne santé perçue

Une espérance de vie des femmes à la naissance parmi les plus élevées du monde

En 2007, les femmes nées en France peuvent espérer vivre jusqu'à **84,4 ans en moyenne**. Mesurée à cette aune, la santé des femmes en France apparaît donc excellente. L'espérance de vie à la naissance des Françaises est l'une des plus élevées du monde. Dans ce domaine, les femmes ont l'avantage sur les hommes qui affichent une espérance de vie à la naissance de 77,5 ans. L'écart d'espérance de vie entre les hommes et les femmes a cependant commencé à se réduire dans les années 1990.

Un avantage féminin en termes de mortalité, globale et prématurée

À âge égal, est observée une surmortalité masculine pour la plupart des causes de décès. Sur les 257 000 décès féminins survenus en 2005, les deux principales causes sont les maladies cardiovasculaires (31,1%) et les tumeurs malignes (23,4%). La hiérarchie des causes est inversée chez les hommes.

L'avantage féminin se retrouve particulièrement pour la mortalité prématurée (avant l'âge de 65 ans) qui apparaît deux fois moins élevée chez les femmes que chez les hommes : 13% des décès féminins surviennent avant l'âge de 65 ans contre 27% chez les hommes. Les quatre principales causes de mortalité prématurée chez les femmes sont les cancers du sein (4 183 décès en 2005) et du poumon (2 388 décès), les accidents (2 061 décès) et le suicide (2 048 décès).

Mais les femmes se perçoivent en moins bon état de santé et déclarent plus de maladies

Pourtant, **les femmes se perçoivent toujours en moins bon état de santé** que les hommes : 71,3% des femmes se déclarent en « bon ou très bon » état de santé contre 77,4% des hommes et ce constat est observé quel que soit l'âge.

Le nombre moyen de médicaments consommés et la consommation de soins sont également plus éle-

vés que ceux des hommes et cet écart semble se creuser. 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. La fréquentation hospitalière est également majoritairement féminine mais 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.

Un gradient social fort

Toutes les femmes ne sont pas égales devant la maladie et la mort : **les inégalités sociales persistent au sein de la population féminine**, même si elles apparaissent moins marquées qu'au sein de la population masculine. Les ouvrières ont ainsi une espérance de vie à 35 ans de trois ans moins élevée que celle des cadres. Mais, contrairement à ce qui est observé chez les hommes pour lesquels les disparités s'accroissent dans le temps, la progression de l'espérance de vie semble identique selon la position sociale 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. 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. ■

Une espérance de vie élevée mais plus d'incapacités liées aux maladies chroniques

Les maladies cardiovasculaires constituent la 1^{re} cause de mortalité globalement chez les femmes (31 %), la 1^{re} cause d'admission en affection longue durée (ALD) et la 1^{re} cause d'hospitalisation en court séjour après 65 ans (elles représentent près de 1 séjour sur 7).

Hypertension artérielle : 28 % des femmes de 18 à 74 ans sont hypertendues et les femmes sont plus souvent traitées et mieux suivies que les hommes pour leur hypertension ; dès 45 ans, c'est la 1^{re} cause de consultation en ville.

Cardiopathies ischémiques : la mortalité est en baisse (-38 % entre 1990 et 2005). Elle est attribuée aux améliorations de la prévention et de la prise en charge des malades à la phase aiguë.

Accidents vasculaires cérébraux : c'est une cause majeure de mortalité et de handicap ; les AVC ont motivé environ 50 000 séjours hospitaliers en court séjour chez les femmes en 2005.

Cancers : voir fiche spécifique.

Diabète : la prévalence du diabète traité est égale à 3,2 % chez les femmes (3,6 % chez les hommes) en 2003. Le diabète est la 3^e cause d'admission en ALD en 2006. Celui-ci concerne 1,4 million de bénéficiaires du régime général ; 44 % sont des femmes.

Surpoids et obésité : 41 % des femmes sont en surcharge pondérale – près d'une femme sur six est obèse. On observe un gradient social marqué : la prévalence de l'obésité est égale à 6,6 % chez les femmes ayant un niveau d'étude au moins bac + 3 contre 22,9 % chez les femmes sans diplôme.

L'ostéoporose, source majeure de handicaps et d'incapacité, l'ostéoporose est souvent diagnostiquée lors de la survenue de fractures. Les fractures du col du fémur ont motivé près de 60 000 séjours en MCO en 2006 chez les femmes de plus de 65 ans. La prévention des chutes, particulièrement chez les femmes âgées, est un enjeu de santé publique important.

Incapacités : 64 % des femmes déclarent des altérations sensorielles (difficultés à voir, difficultés à entendre) ou physiques (difficultés à marcher, à se pencher, à utiliser ses mains). Ces altérations sont en grande partie corrigées par des aides techniques mais, au total, 27 % des femmes ne sont

pas ou mal corrigées par ces aides techniques. Les situations de gêne pour les soins personnels touchent 4,2 % des femmes et sont concentrées aux âges élevés, tandis que 16 % des femmes déclarent des limitations pour les activités du quotidien.

La maladie d'Alzheimer représente la 1^{re} cause de démence (70 % des cas). Les estimations actuelles portent à 600 000 le nombre de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer dont 400 000 femmes.

Longévité féminine : le revers de la médaille

Les femmes atteignent des âges de plus en plus élevés. Elles sont donc aussi plus nombreuses à survivre à des maladies chroniques et de ce fait très exposées aux incapacités qui en découlent. À partir de 65 ans, elles vivent en moyenne **quatre ans de plus que les hommes avec des limitations fonctionnelles** (difficultés à voir, marcher et entendre), trois ans de plus avec des gênes pour les activités quotidiennes et deux ans de plus avec des difficultés pour les soins personnels.

Les femmes se retrouvent plus souvent seules lorsqu'elles avancent en âge et au moment où surviennent les incapacités. **Aujourd'hui, au-delà de 80 ans, plus de 60 % des femmes vivent seules contre 21 % des hommes.**

Les enjeux du « bien vieillir »

Une **prise en charge précoce** des altérations fonctionnelles peut conduire à limiter le risque de gênes dans les activités ou à retarder leur survenue. La présence « d'aidants » joue un rôle important dans la prise en charge, celle d'aidants directs pouvant éviter l'hospitalisation. L'augmentation du nombre des personnes âgées vieillissant à leur domicile et atteintes de pathologies cognitives fait également apparaître de **nouveaux besoins d'accompagnement**. Les problèmes de prise en charge sont donc un enjeu majeur pour les années à venir, pour la recherche et pour l'organisation du système de santé, au carrefour du sanitaire et du social. Le plan Alzheimer est l'une des réponses à ce triple défi scientifique, médical et social. ■

L'importance de la prise en compte du contexte social pour la prévention

Alors que l'espérance de vie des Françaises est une des plus élevées du monde, les indicateurs de mortalité prématurée « évitable » sont moins favorables. Un quart des décès féminins survenus avant 65 ans (environ 8 000 décès en 2005) sont associés à des comportements à risque, tabagisme et alcoolisme en particulier pour le cancer du poumon qui reste majoritairement masculin (80% des cas). Le taux standardisé de décès a quasiment doublé chez les femmes en l'espace de quinze ans, et particulièrement chez celles de moins de 65 ans du fait du développement du tabagisme féminin, alors qu'il est en baisse chez les hommes.

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.

Des comportements à risque (tabac, alcool) chez les jeunes femmes

L'ivresse alcoolique (déclarée) est un comportement répandu au sein des jeunes générations et culmine aux alentours de 25 ans pour les femmes comme pour les hommes. Environ une femme sur cinq, entre 15 et 25 ans, déclare avoir été ivre au cours de l'année écoulée. Parmi les moins de 25 ans, cette pratique est associée au statut d'étudiante.

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 7 ans pour les femmes et de 2 ans pour les hommes. Les femmes nées entre 1980 et 1985 ont commencé à fumer en moyenne leur première cigarette à 15 ans et à fumer régulièrement à 17 ans, des comportements similaires à ceux des garçons.

L'usage régulier d'alcool est beaucoup plus fréquent chez les femmes diplômées

Une femme sur dix déclare consommer régulièrement de l'alcool en 2005 (au moins trois consommations d'alcool par semaine au cours des 12 mois écoulés). Ce pourcentage est trois fois moins élevé que celui observé chez les hommes (28,6%). Néanmoins, l'élévation du niveau de diplôme et de la catégorie sociale rapproche la consommation régulière d'alcool des hommes et des femmes. La probabilité qu'une femme consomme régulièrement de l'alcool est deux fois plus importante chez celles ayant fait cinq années d'études après le baccalauréat que chez les femmes bachelières. De même, la probabilité est supérieure chez les cadres par rapport aux ouvrières.

La consommation de tabac quotidienne plus fréquente chez les catégories sociales les moins favorisées

À l'inverse de la consommation d'alcool, les femmes sont d'autant moins nombreuses à fumer quotidiennement qu'elles sont davantage diplômées ou qu'elles appartiennent à une profession et catégorie socioprofessionnelle (PCS) élevée. Le chômage est associé, pour les femmes comme pour les hommes, à une consommation régulière plus élevée par rapport aux actifs occupés. ■

Dépression et anxiété plus fréquentes et un recours aux soins encore insuffisant

Les maladies psychiques recouvrent un continuum d'états pathologiques et sont 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 affection longue durée (ALD)** chez l'adulte avec **0,9 million de bénéficiaires du régime général de l'Assurance-maladie concernés dont 55 % de femmes**.

Les épisodes dépressifs, les troubles bipolaires et les troubles anxieux reconnus en ALD concernent des femmes dans 70 % des cas. À l'inverse, les personnes inscrites en ALD avec un diagnostic de schizophrénie sont plus fréquemment des hommes (37 % 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. En 2003, 54 % des patients pris en charge en secteurs de psychiatrie générale sont des femmes. Les troubles mentaux représentent entre 10 % et 15 % des motifs de consultation en ville des femmes entre 30 et 59 ans. C'est le **premier motif de consultation des femmes entre 40 et 49 ans**.

Dépression et anxiété sont plus fréquentes chez les femmes

Les femmes déclarent deux fois plus fréquemment une anxiété que les hommes. Le risque de vivre un épisode dépressif reste 1,5 à 2 fois plus élevé pour les femmes si on le compare à celui des hommes à âge, situation conjugale, situation professionnelle et formation identique.

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**.

Suicides 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 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. **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** mais les données disponibles sont encore fragmentaires. 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.

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 connu des **troubles musculosquelettiques** qui affecte en majorité les femmes. ■

Des enjeux en termes de santé sexuelle et reproductive

De plus en plus recours à la contraception mais des taux d'IVG qui restent élevés

Un recours à l'IVG qui augmente chez les mineures : malgré le développement des méthodes de contraception, le nombre d'interruptions volontaires de grossesses (IVG) a peu varié en France depuis leur autorisation en 1975. 210 000 femmes sont concernées chaque année. Le taux d'IVG est de 14,9 pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans. Ce sont les femmes de 20-24 ans qui y ont le plus souvent recours. Le taux de recours augmente chez les moins de 20 ans et plus particulièrement chez les mineures : 13 000 jeunes filles de 15-17 ans ont eu une IVG en 2006.

Une augmentation du nombre d'IST qui indique un relâchement des comportements sexuels de prévention

Les infections sexuellement transmissibles (IST) sont en progression régulière 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. La féminisation de l'épidémie de VIH/sida semble s'être stabilisée en France. Les découvertes de séropositivité chez les femmes se font de façon plus précoce que chez les hommes. La transmission du VIH chez les femmes concerne pour une large part, des femmes originaires d'Afrique subsaharienne, relativement jeunes.

De nouveaux enjeux liés à des âges à la maternité plus tardifs

Les Françaises sont les femmes les plus fécondes de l'Union européenne, avec un âge moyen à la maternité élevé qui se stabilise autour de 30 ans. Avec plus de 800 000 naissances en 2007, la France est, devant l'Irlande, le pays le plus fécond d'Europe. **L'âge moyen des femmes à la maternité s'élève à 29,8 ans en 2007**. 21 % des naissances concernent des femmes âgées de 35 ans et plus contre 15,6 % il y a dix ans.

Un recours croissant aux techniques de procréation médicalement assistées : le recours à la fécondation in vitro (FIV) est en constante augmentation depuis 30 ans : entre 1981 et 2008, **200 000**

enfants ont été conçus en France grâce à une FIV. Aujourd'hui, environ 5 % des naissances font suite à une conception qui a été aidée médicalement. Bien que le succès d'une FIV diminue avec l'âge, les femmes âgées de 35 ans et plus représentent une forte proportion des femmes traitées par FIV (43%).

Des avancées majeures dans le champ de la périnatalité

Une nette amélioration de la santé périnatale depuis le début des années 1970 : depuis le début des années 1970 et le premier plan Périnatalité, la santé périnatale en France a connu de grandes avancées. En 20 ans, la transmission mère-enfant du VIH a été divisée par 20. La vaccination contre la rubéole a permis de réduire le nombre d'infections rubéoleuses par 20 entre 1997 et 2006. La prévention de l'infection à streptocoque B a fait baisser de moitié l'incidence des infections néonatales depuis 2003.

Une satisfaction des femmes pour le suivi de leur grossesse et le déroulement de leur accouchement : plus de 95 % des femmes se déclarent aujourd'hui « très » ou « plutôt » satisfaites du suivi de leur grossesse et du déroulement de leur accouchement. Cependant, la préparation à la sortie de la maternité est jugée insatisfaisante par près de 20 % des femmes.

Des disparités sociales persistent dans le suivi de grossesse

Les femmes qui ont un faible niveau d'études, les inactives et les femmes originaires d'Afrique subsaharienne apparaissent moins bien suivies. 23,8 % des femmes non scolarisées n'ont pas eu les sept visites prénatales réglementaires contre 4,4 % des bachelières. 12,3 % des ressortissantes d'un pays d'Afrique subsaharienne ont effectué moins de trois échographies contre 2 % des Françaises. ■

Violences sexuelles : des femmes qui se taisent trop souvent

Les femmes sont surexposées aux violences sexuelles

Les femmes sont plus souvent victimes que les hommes de violences sexuelles – rapports sexuels forcés (ou tentatives) ou attouchements – au cours de leur vie : 11 % contre 3%. S'il y a autant de victimes de violences sexuelles précoces chez les jeunes garçons et jeunes filles, les victimes sont plutôt féminines à l'âge adulte. **Les femmes de tous les milieux sociaux sont concernées** par les atteintes à caractère sexuel, mais aussi par d'autres types de violences (verbales, physiques, psychologiques ou atteintes aux biens).

Les violences sont souvent répétées ou cumulées : 86 % des victimes de violences psychologiques signalent plusieurs événements, et 93 % des victimes de brutalités physiques déclarent aussi d'autres types de violences. Plus de 40 % des personnes ayant déclaré avoir été victimes d'une violence sexuelle au cours des deux dernières années indiquent que les faits se sont répétés au moins deux fois. Pour les attouchements, rapports sexuels forcés (ou tentatives), les femmes victimes tendent, plus que les hommes, à cumuler cette exposition à plusieurs périodes de leur vie sans qu'il existe de fatalité à être et à rester victime toute sa vie.

Des violences subies au sein du ménage

Lorsque les coups, gifles ou autres brutalités physiques sont répétés sur vingt-quatre mois, 97 % des victimes en ayant ressenti des dommages importants (matériels, professionnels, physiques ou psychologiques) ou des dommages pour leur santé connaissaient l'auteur de ces atteintes. 73 % déclarent que celui-ci était un membre de leur famille ou un proche.

Les femmes sont plus fréquemment blessées que les hommes en cas de « co-résidence » avec l'agresseur et donc, potentiellement, plus fréquemment en danger, du point de vue de leur santé.

Dans le cas des atteintes causant des dommages importants déclarés par les victimes, les agresseurs sont très souvent des hommes seuls : 77 % des cas pour les violences physiques, 94 % pour les violences sexuelles, 55 % en matière d'agressions verbales, et « seulement » 45 % pour les

agressions morales et psychologiques.

Une parole difficile, une écoute à renforcer

Le viol est dans 57 % des cas suivi du silence de la victime, celui-ci étant d'autant plus fréquent que l'agresseur est un membre de la famille ou un proche. **Le silence des victimes est aussi associé au cumul des agressions, la parole exerçant probablement un effet protecteur contre cette répétition.** Or, la moitié seulement des victimes de rapports sexuels forcés (ou tentatives) ont révélé selon les enquêtes ces faits à un tiers.

Moins de 8 % des femmes victimes de violences physiques ou sexuelles exercées par leur conjoint ont toujours selon les enquêtes porté plainte.

Les effets des violences sur l'état de santé difficiles à évaluer

Les situations de victimation vont de pair, pour les femmes comme pour les hommes, avec **un état de santé dégradé, surtout dans le domaine de la santé mentale** (fréquence accrue des épisodes dépressifs majeurs, des troubles anxieux généralisés ou des tentatives de suicide).

Les liens entre violences et santé sont indissociables du contexte biographique, les violences vécues étant très fréquemment associées à la fois à des problèmes de santé et des difficultés d'autres ordres, économique, social et affectif qui touchent autant la victime elle-même que son entourage proche. ■

Santé des femmes : améliorer l'accès au dépistage des cancers

En 2005, 527 516 décès sont survenus en France métropolitaine. Les tumeurs représentent 30 % de l'ensemble de ces décès. La même année, le nombre de nouveaux cas de cancer a été estimé à près de 320 000 dont 136 000 chez les femmes.

La mortalité globale par cancer diminue alors que le taux annuel de nouveaux cas de cancer est en augmentation

En 2005, 60 104 femmes sont décédées en France métropolitaine par tumeurs malignes. Il s'agit de la deuxième cause de décès féminins (23,4 %) derrière les maladies de l'appareil circulatoire (31,1 %).

Le cancer du sein est la cause la plus fréquente avec plus de 11 000 décès en 2005 soit près de 19 % des décès par tumeurs malignes. Juste derrière figurent le cancer colorectal (près de 8 000 décès) et le cancer du larynx, de la trachée, des bronches et du poumon (environ 6 000 décès). Le risque de mortalité par cancer chez les femmes diminue en moyenne de 0,9 % par an depuis les années 1980 et la baisse s'accroît ces dernières années (-1,2 % entre 2000 et 2005).

En 2005, 136 000 nouveaux cas de cancers ont été comptabilisés chez les femmes en France. Au cours de la période 1980-2005, l'incidence a cru en moyenne de 1,4 % par an. La moitié des cas supplémentaires de cancers sont des cancers du sein (près de 50 000 nouveaux cas en 2005) suivis du cancer colorectal (17 500 nouveaux cas en 2005) et du cancer du poumon (6 700 en 2005).

Ces évolutions sont à mettre en relation avec l'amélioration des pratiques de dépistage qui permettent de repérer plus de cas, l'évolution des prises en charge qui améliorent la survie, les modifications environnementales et des habitudes de vie des femmes. Mais au-delà de ces progrès, des gains sont possibles dans le champ de la prévention.

Le changement de comportement des Françaises vis-à-vis du tabac et de l'alcool depuis des décennies se reflète notamment dans l'accroissement des taux standardisés de mortalité pour le cancer du larynx, de la trachée, des bronches et du poumon (+30 % entre 2000 et 2005) ou pour le cancer du foie et des voies biliaires

(+8 %), alors qu'à l'inverse ces taux diminuent chez les hommes. L'incidence du cancer du poumon a fortement augmenté depuis les années 1980, passant de 3,6 à 12,6 pour 100 000 en 2005, soit en moyenne +5,1 % par an, et cette tendance s'accroît depuis les années 2000. Bien que ces cancers restent en majorité masculins (pour plus de 70 %), il apparaît nécessaire de sensibiliser les femmes aux risques liés à ces pratiques.

Des disparités sociales persistantes en matière de dépistage des cancers

Les dépistages organisés contribuent à une meilleure participation des femmes au dépistage, notamment celles de milieux socialement défavorisés, mais des disparités sociales perdurent. Pour le cancer du sein et le cancer du col de l'utérus, il existe un gradient social persistant pour les dépistages de ces cancers, avec des taux de dépistage (mammographie dans les 2 ans et frottis cervico-utérin dans les 3 ans) plus faibles pour les femmes des catégories sociales les moins favorisées. Ce sont les femmes sans couverture santé complémentaire qui ont les taux de dépistage déclarés les plus bas.

Des relations avec le système de soins nuancées

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, en attente d'un soutien psychologique par un professionnel au moment du diagnostic. Rétrospectivement, les femmes sont moins satisfaites de la prise en charge médicale et des informations reçues tout au long des traitements que les 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. ■