

# Études et Résultats



N° 834 • mars 2013

## La santé des femmes en France

Si les femmes continuent à cumuler les désavantages dans de nombreux domaines de la vie sociale, elles bénéficient d'un atout sur le plan de la santé, puisque leur espérance de vie est sensiblement plus élevée que celle des hommes : 84,8 ans en France en 2012, soit l'une des plus élevées d'Europe, contre 78,4 ans pour les hommes, qui se situent dans la moyenne européenne. Cependant, les femmes perçoivent leur santé de manière plus négative que les hommes et déclarent plus de limitations fonctionnelles. Elles vivent un plus grand nombre d'années avec des incapacités, et plus souvent en situation d'isolement.

La comparaison de la santé des hommes et des femmes livre ainsi un tableau contrasté, permettant d'identifier des problèmes spécifiques à chaque sexe. Une partie de ces spécificités est liée à des facteurs biologiques, en premier lieu la santé reproductive. Les facteurs sociaux jouent également un rôle important, induisant des comportements de santé plus tempérants et une plus grande proximité avec le système de soins pour les femmes.

La tendance au rapprochement des comportements masculins et féminins dans toutes les sphères de la vie sociale se traduit toutefois par une homogénéisation des comportements de santé. Celle-ci est plus marquée en haut de l'échelle sociale. Les femmes restent, en effet, un groupe marqué par des disparités et des inégalités, même si celles-ci sont, en matière de santé, moins fortes que celles qui existent entre les hommes.

**Nathalie FOURCADE, avec la collaboration de Lucie GONZALEZ, Sylvie REY et Marie HUSSON**

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)  
Ministère de l'Économie et des Finances  
Ministère des Affaires sociales et de la Santé  
Ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle et du Dialogue social

L'avantage féminin en matière de santé apparaît dans la plupart des indicateurs issus de sources administratives : les femmes bénéficient d'une espérance de vie plus élevée, et, de façon plus générale, d'un taux de mortalité à chaque âge plus faible que celui des hommes. Elles sont moins souvent en affection longue durée (ALD)<sup>1</sup> à âge donné (graphique 1), même si, en raison d'un effet d'âge (la proportion de personnes en ALD augmente avec l'âge, et les femmes sont en moyenne plus âgées), elles représentent plus de la moitié des personnes en ALD. De même, le taux d'hospitalisation des femmes en court séjour (MCO)<sup>2</sup> est, à âge égal, comparable à celui des hommes jusqu'à 50 ans, et inférieur au-delà, si on ne tient pas compte des hospitalisations liées à la maternité<sup>3</sup>.

### L'espérance de vie, un avantage féminin

Cet avantage féminin est remarquable, compte tenu de la position défavorable des femmes dans la plupart des autres domaines de la vie sociale. Habituellement, en effet, quand un groupe est dominé socia-

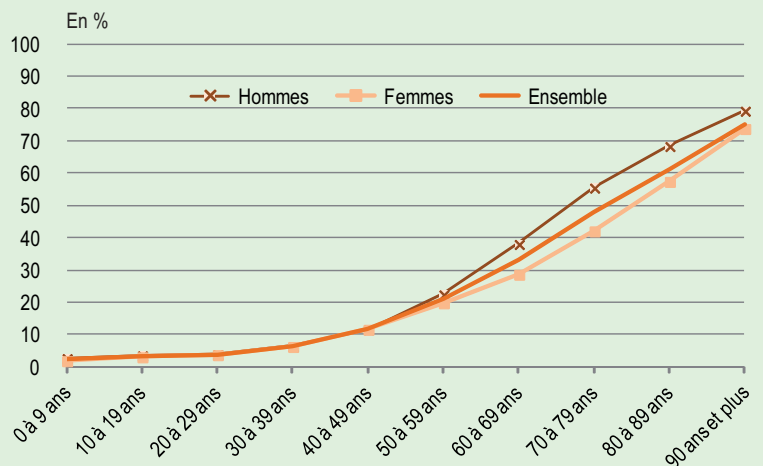
lement et politiquement, qu'il s'agisse d'une classe sociale, d'une ethnie ou d'une minorité, sa mortalité est plus forte<sup>4</sup>.

Cette espérance de vie plus élevée des femmes se retrouve dans pratiquement tous les pays du monde<sup>5</sup>, même si l'écart est particulièrement marqué en France. Sur le plan historique, l'espérance de vie plus élevée des femmes en France est une donnée ancienne, mais les écarts se sont creusés au vingtième siècle, pour atteindre 8,3 ans au début des années 1990, du fait d'une forte baisse de la mortalité féminine. Depuis, les hommes ont adopté des comportements plus favorables à leur santé et rattrapé, dans la grande majorité des pays développés, une partie de leur retard. Les écarts d'espérance de vie se sont donc réduits, pour atteindre 6,4 ans en France en 2012<sup>6</sup>. Toutefois, les femmes bénéficient de gains d'espérance de vie plus importants après 80 ans.

Cette généralité de l'avantage féminin pourrait suggérer une part d'explication biologique, mais n'en atteste pas, dans la mesure où la différenciation des normes sociales attachées au masculin et au féminin présente, elle aussi, des invariants dans le temps et dans l'espace<sup>7</sup>.

GRAPHIQUE 1

### Taux de personnes en ALD par classe d'âge et sexe en 2011



Champ • France entière, hors régime social des indépendants (RSI).

Sources • Système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie (SNIIRAM) et Mutualité sociale agricole (MSA).

1. Le dispositif des ALD permet de prendre en charge des patients ayant une maladie chronique comportant un traitement prolongé ou une thérapeutique particulièrement coûteuse.

2. Médecine, chirurgie, obstétrique ou odontologie.

3. Mouquet M.-C., 2011, « Les motifs de recours à l'hospitalisation de court séjour en 2008 », *Études et Résultats*, DREES, n° 783.

4. Aiach P., 2001, « Femmes et hommes face à la mort et à la maladie, des différences paradoxales » in *Femmes et hommes dans le champ de la santé*, ENSP.

5. Pison G., 2011, « Tous les pays du monde », *Population et sociétés*, INED, n° 480.

6. Bellamy V. et Beaumel C., 2013, « Bilan démographique 2012 », *Insee Première*, INSEE, n° 1429, janvier.

7. Bourdieu P., 1998, *La domination masculine*, Seuil.

Cette différenciation se traduit par des comportements de santé plus protecteurs pour les femmes<sup>8</sup>.

### Les femmes ont des comportements plus favorables à leur santé

Les comportements agressifs et dangereux sont moins répandus chez les femmes, pour lesquelles ils revêtent traditionnellement une connotation plus négative. Les hommes ont ainsi un taux (standardisé<sup>9</sup>) de mortalité par mort violente supérieur de 2,3 à celui des femmes<sup>10</sup>.

De même, la consommation féminine d'alcool et de tabac fait l'objet d'une plus grande réprobation. La consommation d'alcool à risque est deux à trois fois moins fréquente chez les femmes que chez les hommes<sup>11</sup>, qui ont, en 2008, un taux (standardisé) de décès par cancers des voies aérodigestives supérieures, cirrhoses alcooliques et psychoses alcooliques quatre fois plus élevé<sup>12</sup>. La proportion de fumeuses quotidiennes (26 % des 15-75 ans) est également inférieure à celle des fumeurs quotidiens (32 %), et huit décès par tumeurs du larynx, de la trachée, des bronches ou des poumons sur dix concernent des hommes. Cependant, la tendance au

rapprochement des comportements masculin et féminin qui s'observe dans toutes les sphères de la vie sociale se traduit par une homogénéisation de ces comportements de santé : si la prévalence du tabagisme a été divisée par deux en quarante ans pour les hommes, elle est stable pour les femmes. Le taux de mortalité pour les pathologies liées au tabagisme diminue pour les hommes et augmente fortement pour les femmes (respectivement -20 % et +100 % depuis 1990 pour les taux standardisés).

La socialisation différenciée selon le sexe contribue également à la plus grande sensibilité des femmes à leur santé et aux messages de prévention. Les femmes sont ainsi plus attentives à leur alimentation<sup>13</sup>, moins souvent en surpoids (24 % contre 41 % des hommes ; elles sont en revanche un peu plus souvent obèses : 18 % contre 16 %<sup>14</sup>), et plus insatisfaites de leur image corporelle<sup>15</sup>. De façon générale, se conformer à l'idéal masculin de virilité suppose, pour les hommes, de rejeter les signes de faiblesse, dont la maladie fait partie<sup>16</sup>. Au contraire, le rôle de la femme en tant que gestionnaire de la santé du groupe familial peut

contribuer à sa proximité avec le système de santé, de même que le suivi gynécologique. Ainsi, tout au long de leur vie, les femmes sont plus nombreuses à déclarer consulter des médecins généralistes (pour partie en raison des suivis médicaux liés à la contraception, la grossesse et la ménopause) et à recourir à la prévention. Elles consomment plus de médicaments, et ce, pour la plupart des classes thérapeutiques, et pas seulement celle de la classe de l'appareil génito-urinaire et hormones sexuelles (contraceptifs, hormones de la ménopause)<sup>17</sup>.

### Le paradoxe de la santé perçue

Les résultats des enquêtes auprès des ménages livrent un diagnostic moins favorable pour les femmes, puisque à âge égal, elles se déclarent en moins bonne santé que les hommes (graphique 2). Cette différence entre les données déclaratives et les sources administratives (mortalité, taux de personnes en ALD, taux de recours aux soins les plus lourds) est d'autant plus difficile à expliquer qu'on considère habituellement que « l'évaluation subjective de la santé est un bon indicateur de la santé tant au niveau individuel qu'au niveau de la population. Elle reflète de manière assez fiable l'impact des problèmes dont souffre la personne interrogée ; elle a en outre une relation étroite avec la mortalité, la morbidité, le niveau des capacités fonctionnelles et la consommation de soins »<sup>18</sup>.

Pour aller plus loin dans l'analyse, il faudrait pouvoir distinguer, au sein des comportements de déclaration et de recours aux soins, ce qui relève d'états de santé différents, d'une part, de ce qui relève d'un rapport au corps différent, d'autre part. Or, la perception qu'a un individu de son état de santé dépend de ses caractéristiques sociales, qui influencent d'une part la perception des symptômes, d'autre part leur interprétation en termes de pathologies, la tolérance aux écarts par rapport à une santé excellente étant socialement différenciée<sup>19</sup>. Une analyse détaillée, par pathologies ou par

8. Aiach P., 2001, *op cit.*

9. Le taux standardisé neutralise les différences de structure d'âge.

10. Données 2008-2010 du Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDC), INSERM.

11. Les données sur la consommation d'alcool et de tabac sont issues du Baromètre santé 2010 de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES).

12. Les résultats concernant la mortalité liée à la consommation d'alcool et de tabac sont issus des données 2008 INSERM-CépiDC.

13. Montaut A., « Santé et recours aux soins des femmes et des hommes – Premiers résultats de l'enquête Handicap-Santé 2008 », *Etudes et Résultats*, DREES, n° 717, février 2010.

14. Sources : Enquête nationale nutrition santé 2006-2007.

15. Moisy M., « Les jeunes, leur rapport à la santé et leur état de santé », in « L'état de santé de la population en France », rapport 2009-2010, Danet S. (dir.), DREES.

16. Aiach P., 2001, *op cit.*

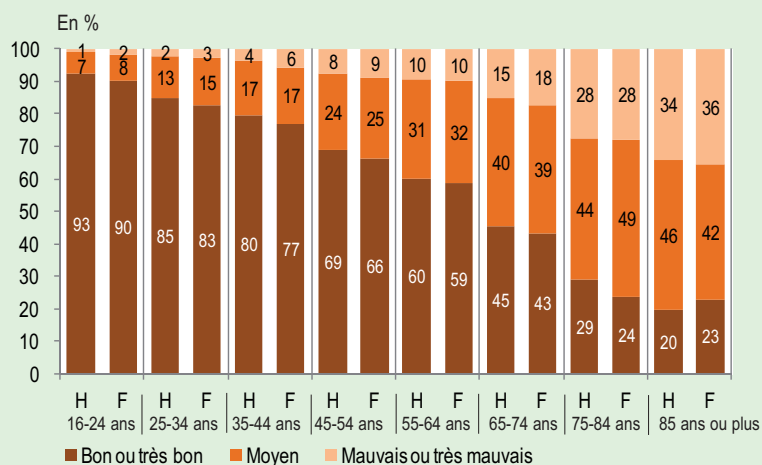
17. Fiche rédigée par l'IRDES à partir des données de l'Enquête santé et protection sociale 2006, « Recours aux médicaments » in *La santé des femmes en France*, Danet S. et Olier L. (dir.), 2009, DREES.

18. Tafforeau J., « Santé subjective – enquête de santé par interview, Belgique 2008 », rapport, mars 2010.

19. Devaux M., *et al.*, 2008, « Hétérogénéité sociale de déclaration de l'état de santé et mesure des inégalités de santé », *Revue française des affaires sociales*, n° 1.

GRAPHIQUE 2

### Santé perçue par sexe et classe d'âge en 2010



Champ • France métropolitaine, population des ménages ordinaires, 15 ans ou plus.

Sources • Enquête statistique sur les ressources et les conditions de vie (SRCV)-SILC, INSEE-Eurostat, 2010.

limitations fonctionnelles, est ici nécessaire. On montre ainsi que les hommes déclarent davantage de maladies et troubles associés à un risque vital important, et les femmes plus de maladies et de symptômes associés à un faible risque vital<sup>20</sup>.

Les femmes ont également un risque de connaître un trouble dépressif 1,5 à 2 fois plus élevé<sup>21</sup>, mais leurs troubles sont davantage dépistés et pris en charge. Les tentatives de suicide sont plus fréquentes chez les femmes (elles représentent deux tiers des tentatives de suicides hospitalisées<sup>22</sup>), mais se traduisent moins fréquemment par un décès (le taux standardisé de suicide des femmes est trois fois inférieur à celui des hommes<sup>23</sup>). Les femmes souffrent également d'une plus grande exposition aux facteurs psychosociaux de risque au travail : tension au travail, manque de latitude décisionnelle et de soutien social<sup>24</sup>. Les cas de démence sont aussi plus fréquents chez les femmes : aux effets de leur longévité s'ajoutent ceux d'une prévalence plus forte après 65 ans. Ainsi, deux tiers des malades d'Alzheimer sont des femmes<sup>25</sup>.

### Elles vivent plus longtemps avec des incapacités

Les femmes déclarent également plus de limitations fonctionnelles que les hommes, à âge égal<sup>26</sup>. Ainsi, l'avantage féminin en matière d'espérance de vie doit être relativisé, car il s'accompagne d'un plus grand nombre d'années vécues avec des incapacités. Si l'espérance de vie des femmes à 65 ans est supérieure de plus de 4 quatre ans à celle des hommes, le nombre d'années de vie sans incapacité est en effet identique (5,5 ans [graphique 3]). Entre 2004 et 2010, les hommes, à 65 ans, sont toujours dans une phase d'équilibre dynamique entre l'augmentation de l'espérance de vie (EV) et l'espérance de vie sans incapacité (EVSI), le ratio EVSI/EV étant à peu près constant, alors que les femmes, à 65 ans, sont plutôt dans une phase d'expansion de l'incapacité avec un ratio EVSI/EV qui décline<sup>27</sup>.

Ces incapacités résultent en partie de conditions de travail pénibles au cours de la vie professionnelle. Or, d'après l'enquête Santé et itinéraire professionnel (SIP), les femmes sont moins exposées aux contraintes physiques (travail de nuit, travail répétitif, travail physiquement exigeant et exposition à des produits nocifs) que les hommes, avec un écart particulièrement important pour le travail de nuit<sup>28</sup>. Elles déclarent toutefois un peu plus souvent que les hommes avoir connu un travail répétitif, et sont plus affectées par les troubles musculo-squelettiques<sup>29</sup>. Surtout, les femmes déclarent plus souvent des limitations d'activité lorsqu'elles ont connu des périodes de travail de nuit. Enfin, elles sont beaucoup moins souvent victimes d'accidents du travail, mais les écarts avec les hommes se resserrent<sup>30</sup>.

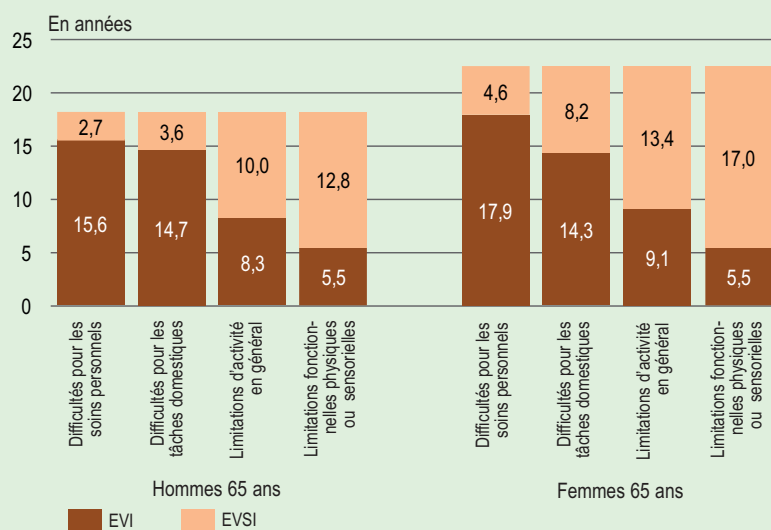
Ces années plus longues avec des incapacités sont également vécues plus fréquemment par les femmes en situation d'isolement. En effet, après 50 ans, les femmes vivent plus souvent seules que les hommes : d'une part, après une rupture, les hommes se remettent plus fréquemment en couple, avec des femmes plus jeunes, et d'autre part, la mortalité des hommes est plus élevée<sup>31</sup>.

### La santé reproductive : des spécificités féminines accrues dans le biologique

Avec 822 000 naissances en 2012 et un indicateur conjoncturel de fécondité de 2,01 enfants par femme, la France fait partie des pays industrialisés dans lesquels la fécondité est particulièrement soutenue. L'âge moyen à la maternité augmente régulièrement, en lien avec les mutations économiques et sociales que connaît la société française. Il s'établit à 30,1 ans en 2012 et un quart des naissances concernent aujourd'hui des femmes âgées de 35 ans ou plus (contre un cinquième en 2002). Le recul de l'âge à la maternité s'accompagne d'une augmentation des difficultés à concevoir et des grossesses à risque, tandis que les grossesses extra-utérines et les décès maternels évitables demeurent encore trop fréquents. Le recours aux techniques d'aide médicale à la procréation augmente, et concerne environ 6 % des naissances en 2010. Combiné au recul de l'âge à la maternité, il se traduit par une augmentation de la part des naissances multiples (3 % en 2010), dont plus d'un tiers font suite à des traitements de l'infertilité. Or, les jumeaux présentent un risque extrême

#### GRAPHIQUE 3

### Espérance de vie avec et sans incapacité\* à 65 ans, par sexe, selon quatre indicateurs d'incapacité en 2008



\* EVI : espérance de vie avec incapacité ; EVSI : espérance de vie sans incapacité.

Champ • France métropolitaine, population des ménages ordinaires, 65 ans ou plus.

Sources • Enquête Handicap-Santé ménages, INSEE, 2008.

20. Aiach P., 2001, *op cit*.

21. À âge, formation, situation conjugale et professionnelle identiques : « Troubles dépressifs » in *La santé des femmes en France*, *op cit*. D'après le Baromètre santé 2010 de l'INPES, 10 % des femmes de 15 à 75 ans ont connu un épisode dépressif caractérisé au cours des douze derniers mois, contre 6 % des hommes.

22. Sources : Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) – Agence technique d'information sur l'hospitalisation (ATIH) ; champ : MCO.

23. Sources : CepiDC-Inserm.

24. Fiche InVS-DARES, « Risques psychosociaux » in *La santé des femmes en France*, 2009, DREES.

25. Fiche InVS, « Maladie d'Alzheimer » in *La santé des femmes en France*, 2009, DREES.

26. Fiche rédigée par la DREES à partir des données de l'Enquête handicap-santé, INSEE, 2008, « Limitations fonctionnelles et restrictions d'activité » in « L'état de santé de la population en France », rapport 2011, Danet S. (dir.), DREES.

27. Danet S., 2012, « L'état de santé de la population en France », *Études et Résultats*, DREES, n° 805.

28. Bahu M., Mermilliod C. et Volkoff S., 2011, « Conditions de travail pénibles au cours de la vie professionnelle, et état de santé après 50 ans » in « L'état de santé de la population en France », rapport 2011, Danet S. (dir.), DREES.

29. Fiche InVS, « Troubles musculo-squelettiques », in *La santé des femmes en France*, 2009, DREES.

30. Fiche DARES, « Accidents du travail et de trajet », in *La santé des femmes en France*, 2009, DREES.

31. Buisson G., et Daguet F., 2012, « Qui vit seul dans son logement ? Qui vit en couple ? », *Insee Première*, INSEE, n°1392.

mement élevé de prématurité : sur l'ensemble des naissances vivantes le taux de prématurité (enfants nés à moins de 37 semaines d'aménorrhée) des jumeaux est de 41,7 % en 2010 contre 5,5 % pour les naissances uniques<sup>32</sup>.

Les femmes sont particulièrement impliquées dans le recours à la contraception. Celui-ci a augmenté depuis sa libéralisation par la loi Neuwirth de 1967 et, en 2010, huit femmes sur dix ayant un risque de grossesse utilisent un moyen contraceptif (Baromètre santé, INPES). La pilule est utilisée par la moitié d'entre elles, un quart utilise le stérilet, 10 % le préservatif masculin, et 5 % un implant, patch, anneau ou injection. Les Françaises occupent ainsi l'une des premières places mondiales en ce qui concerne l'utilisation de méthodes médicales réversibles telles que la pilule et le stérilet.

Malgré cela, le taux d'interruptions volontaires de grossesse (IVG) se situe parmi les plus élevés d'Europe occidentale, et plus d'un tiers des femmes y ont recours une fois dans leur vie. Après avoir augmenté entre le milieu des années 1990 et le milieu des années 2000, le nombre d'IVG s'est stabilisé (à 225 000 en 2010), ainsi que le taux de recours (graphique 4) [à âge constant, le taux de recours a légèrement diminué]<sup>33</sup>.

Si on compare la situation de la France, caractérisée par un recours important à la fois à la contraception et à l'IVG, à celle de pays proches, ou si on considère les évolutions qui se sont produites en France depuis la loi Veil dépenalisant l'IVG en 1975, on observe moins de grossesses non désirées, mais aussi plus d'interruptions lorsqu'elles surviennent<sup>34</sup>. Les échecs contraceptifs (résultant d'un oubli ou d'un accident) restent nombreux, puisque d'après l'enquête de la DREES sur les femmes ayant eu recours à l'IVG en 2007, deux IVG sur trois concernaient une femme utilisant une méthode contraceptive<sup>35</sup>. Enfin, 8 % des femmes à risque de grossesse non prévue n'utilisent pas de moyen contraceptif. Parmi les facteurs permettant de ren-

dre 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 des femmes, par exemple *via* un recours accru aux méthodes dites « anti-oubli », notamment le stérilet ou les implants. Par ailleurs, la contraception d'urgence pourrait constituer une solution de « rattrapage » efficace en cas de prise de risque. De fait, l'utilisation de la contraception d'urgence a fortement progressé entre 2000 et 2010, en particulier parmi les plus jeunes. Chez les 15-24 ans, c'est plus d'une jeune femme sur trois qui déclare y avoir eu déjà recours en 2010 contre environ une sur sept en 2000<sup>36</sup>.

Enfin, la ménopause constitue une période charnière pour la santé des femmes, laquelle préfigure l'apparition de problèmes tels que l'ostéoporose ou l'incontinence urinaire. Elle s'accompagne parfois de dépression, et d'isolement, puisque la proportion de femmes vivant seules progresse très fortement après 45 ans<sup>37</sup>. Si les résultats de l'enquête Contexte de la

sexualité en France (2005-2006) montrent une prolongation de l'activité sexuelle des femmes bien au-delà de 50 ans, la ménopause est vécue par certaines d'entre elles comme la fin de la féminité, associée à la séduction et à la jeunesse<sup>38</sup>.

## Les inégalités entre femmes

Si les parties précédentes ont mis en évidence des problèmes de santé spécifiques aux femmes, celles-ci restent un groupe marqué par des différences et des inégalités. La plupart des indicateurs d'inégalités de santé suivent la hiérarchie sociale, notamment l'espérance de vie (graphique 5). L'espérance de vie d'une femme cadre est ainsi supérieure de trois ans à celle d'une femme ouvrière, et cet écart est stable depuis le milieu des années 1970. Cependant, les inégalités entre les femmes sont moins marquées que celles qui existent entre les hommes, et l'espérance de vie d'une femme ouvrière est supérieure à celle d'un homme cadre, illustrant l'importance des inégalités selon le sexe.

Concernant les comportements de santé, l'obésité apparaît comme un marqueur social particulièrement important, avec des disparités plus marquées pour les femmes que pour les hommes. Les femmes ayant un niveau d'études inférieur au baccalauréat ont ainsi deux fois plus de risque d'être en surpoids ou obèses

32. Sources : Enquête nationale périnatale 2010.

33. Vilain A., Mouquet M.-C., 2012, « Les interruptions volontaires de grossesse en 2010 », *Études et Résultats*, DREES, n° 804.

34. Fiche Bajos N., « Sexualité, contraception, prévention et rapports de genre », in *La santé des femmes en France*, 2009, DREES.

35. Vilain A., 2011 « Les femmes ayant recours à l'IVG : diversité des profils des femmes et des modalités de prise en charge », *Revue française des affaires sociales*.

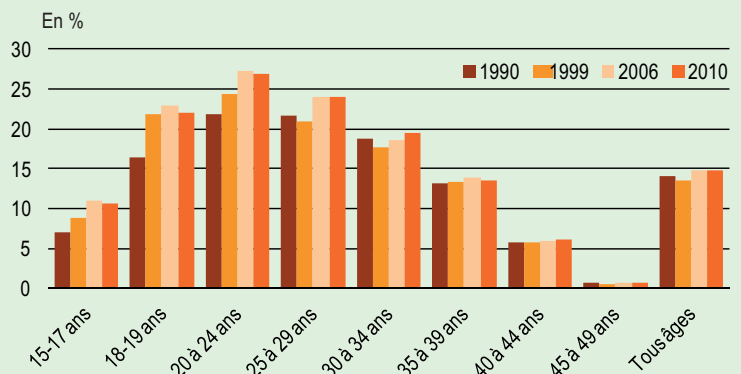
36. Sources : Baromètre santé INPES 2010.

37. Buisson G. et Daquet F., 2012, *op cit.*

38. Delanoë D., 1998, « La médicalisation de la ménopause », in Aïach P., Delanoë D., *L'ère de la médicalisation*, *Ecce Homo Sanitas*.

GRAPHIQUE 4

### Évolution des taux de recours à l'IVG selon l'âge, de 1990 à 2010



Champ • France métropolitaine.

Sources • DREES (SAE, PMSI), INSEE (ELP), CNAM-TS (Erasmus).

que celles ayant fait au moins trois années d'études supérieures<sup>39</sup>.

Le recours aux actes de prévention augmente le long de l'échelle sociale, notamment le dépistage des cancers. La prévalence du cancer du sein est plus élevée chez les femmes les plus diplômées, car elles ont des facteurs de risque plus importants, notamment des grossesses plus tardives. Toutefois, leur taux de survie est plus élevé, en raison notamment d'un meilleur dépistage et d'une prise en charge plus précoce<sup>40</sup>. Les campagnes de dépistage généralisé du cancer du sein ont cependant permis de réduire les inégalités en matière de recours au dépistage. On observe également d'importantes disparités sociales de suivi de grossesse<sup>41</sup>, qui s'ajoutent aux inégalités sociodémographiques dans les facteurs de risque ; ainsi, les taux de prématurés et de petits poids de naissance diminuent avec le niveau d'études de la mère<sup>42</sup>. Comme pour les hommes, le

renoncement aux soins diminue lorsque les ressources financières augmentent : celles-ci rendent le reste à charge plus supportable d'une part, et permettent d'accéder à une meilleure couverture complémentaire d'autre part.

On observe toutefois pour certains indicateurs un gradient social inversé. Ainsi, le rapprochement des comportements masculins et féminins, dont les effets négatifs sur la santé des femmes ont été mentionnés ci-dessus, est plus marqué en haut de l'échelle sociale, où l'adhésion aux modèles traditionnels est moins forte, notamment pour la consommation d'alcool et les pathologies associées.

\*\*\*

Ces résultats illustrent l'intérêt des approches populationnelles en santé publique, car les comportements de santé, les pathologies, le

recours aux soins diffèrent selon les groupes sociaux, et notamment selon le sexe. Ils permettent de mettre en évidence certains enjeux en termes de politiques publiques, notamment autour de la maternité (conséquences du recul de l'âge à la maternité et du recours croissant à l'assistance médicale à la procréation) et du grand âge (prise en charge des femmes dépendantes et isolées).

Il est également important de s'intéresser à la santé des hommes. Or, celle-ci est rarement étudiée de manière spécifique, peut-être parce que le masculin est traditionnellement considéré comme de l'ordre de l'universel, contrairement au féminin qui relèverait du particulier. Il conviendrait en particulier d'approfondir le lien entre la socialisation des hommes et leur adoption de comportements de santé qui les pénalisent. En matière de prévention par exemple, ils pourraient utilement s'inspirer des comportements féminins<sup>43</sup>. La féminisation de la profession des médecins, alors que la médecine est longtemps restée une affaire d'hommes, pourrait également contribuer à une évolution des pratiques, puisqu'on observe que les femmes médecin sont plus tournées vers l'écoute et centrées sur le patient, avec une durée de consultation plus longue<sup>44</sup>.

39. ENNS 2006-2007.

40. Lecler A., Kaminski M., Lang Th. (dir.), 2008, « Inégaux face à la santé », La découverte.

41. Scheidegger S., Vilain A. (2007), « Disparités sociales et surveillance de grossesse », *Études et résultats*, DREES, n°552.

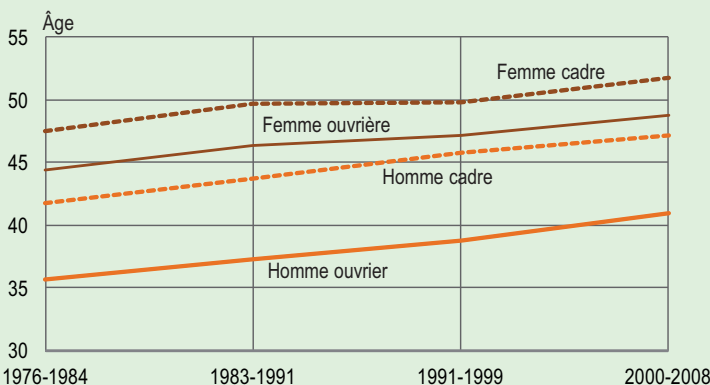
42. Lecler A., Kaminski M., Lang Th. (dir.), *op. cit.*

43. Baudelot C., 2010, intervention lors d'un colloque sur les inégalités sociales de santé : [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/03\\_C\\_Baudelot\\_Inegalites\\_economiques\\_et\\_sociales.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/03_C_Baudelot_Inegalites_economiques_et_sociales.pdf)

44. Dumesnil H., Cortaredona S., Cavillon M., Mikol F., Aubry C., Sebbah R., H. Verdoux, Verger P., 2012, « La prise en charge de la dépression en médecine générale de ville », *Études et Résultats*, DREES, n° 810.

GRAPHIQUE 5

### Espérance de vie à 35 ans par sexe pour les cadres et les ouvriers\*



\* Blanpain N., 2011, « L'espérance de vie s'accroît, les inégalités sociales face à la mort demeurent », *Insee Première*, INSEE, n° 1372

Lecture • En 2000-2008, l'espérance de vie des femmes cadres de 35 ans est de 51,7 ans.

Champ • France métropolitaine.

Sources • INSEE, Échantillon démographique permanent.

### Pour en savoir plus

S. Danet et L. Olier, (dir.), 2009, *La santé des femmes en France*, DREES, novembre.