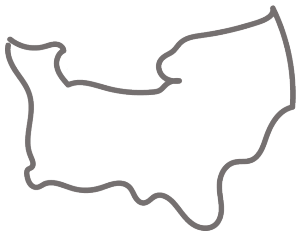


# LA SANTÉ OBSERVÉE EN NORMANDIE



## LES FEMMES ET LA SANTÉ



L'ORS-CREAI publie un nouveau numéro de sa collection « Santé Observée en Normandie ». Ces publications courtes ont pour objectif de mettre à la disposition de l'ensemble des partenaires du champ sanitaire, social et médico-social, les principales données concernant la santé de la population (indicateurs de santé disponibles, ressources régionales en matière de prévention et de soins).

Ce nouveau numéro, consacré **aux femmes et la santé**, a été réalisé avec la collaboration de Dominique BEYNIER, Sociologue – Professeur des universités, ancien Directeur de l'IUP Management du social et de la santé à Caen et du Centre d'Etude et de Recherche sur les Risques et les Vulnérabilités.

Les activités de l'ORS-CREAI sont soutenues par le Conseil Régional, l'Agence Régionale de Santé de Normandie et le Conseil Général de l'Orne.



### LES FEMMES DANS LE MONDE ACTUEL

#### CONTEXTE

Le lien entre les femmes et la santé est une préoccupation importante en santé publique depuis un certain nombre d'années. Il a d'ailleurs fait l'objet d'un rapport complet de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), en 2009. Le point de vue sur les femmes et la santé est historiquement cantonné à « la santé des femmes » et plus spécifiquement à la santé reproductive, la maternité ou les pathologies génitales des femmes. Pourtant, la santé physique et mentale des femmes doit être prise en compte dans tous les environnements de ces dernières : familiaux, professionnels, sociaux ...

Afin d'observer au mieux le lien entre les femmes et la santé, il convient en effet de considérer la santé dans sa définition de l'OMS, « *La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.* », dans toutes les phases de la vie des femmes de la naissance à la fin de vie. La place des femmes dans la société a évolué, longtemps enfermées dans des rôles d'épouses et de mères ou de futures épouses et mères, les femmes ont aujourd'hui une place dans toutes les sphères de la société. Ainsi, il est nécessaire de mettre en évidence les possibles discriminations et violences socio-culturelles liées à ces évolutions, auxquelles elles doivent faire face.

Cette publication vous propose ainsi des indicateurs nationaux et régionaux organisés en 4 parties correspondant à l'avancée en âge des femmes : les jeunes filles (enfance), les adolescentes, les femmes adultes et pour finir les femmes âgées. Ces indicateurs sont complétés de certaines ressources territoriales, de zooms sur des thématiques spécifiques ainsi que d'un regard sociologique sur l'implication des femmes dans la santé d'autrui.

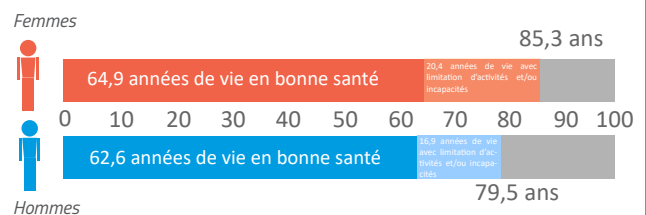
#### ESPÉRANCE DE VIE AVEC ET SANS INCAPACITÉ

Les naissances vivantes de filles sont moins nombreuses que les naissances vivantes de garçons, en effet 49 % des naissances sont féminines vs 51 % masculines. Cependant, au 1<sup>er</sup> janvier 2015, parmi les 3 339 000 Normands, 52 % sont des femmes. Ce différentiel s'explique par l'écart d'espérance de vie entre les femmes et les hommes de près de six ans.

En 2017, en France, l'espérance de vie des femmes à la naissance est de 85,3 ans et de 79,5 ans chez les hommes, soit un différentiel de 5,8 ans. Le différentiel observé sur l'espérance de vie en bonne santé à la naissance est moins important : en effet en France, cette dernière est de 64,9 ans pour les femmes et de 62,6 ans pour les hommes.

En 2016, l'espérance de vie à la naissance des femmes en Normandie est de 84,8 ans. Des différences de près de 1 an sont observées entre les départements allant de 85,4 dans l'Orne à 84,6 ans dans l'Eure en passant par 85,1 ans dans les départements du Calvados et de la Manche et 84,3 ans dans celui de la Seine-Maritime.

#### Espérance de vie en 2017 en France



Sources et exploitation : Insee - État civil et Eurohex méthode EHEMU

#### SOMMAIRE

Les femmes dans le monde actuel	p. 1	Les femmes adultes	p. 7
Les jeunes filles	p. 2	Les femmes âgées	p. 10
Les adolescentes	p. 4	Femmes et santé : Point de vue d'un sociologue	p. 12

## LES JEUNES FILLES

En 2015, la Normandie compte plus de 195 000 jeunes filles de moins de 10 ans, soit 49 % des personnes de moins de 10 ans vivant en Normandie.

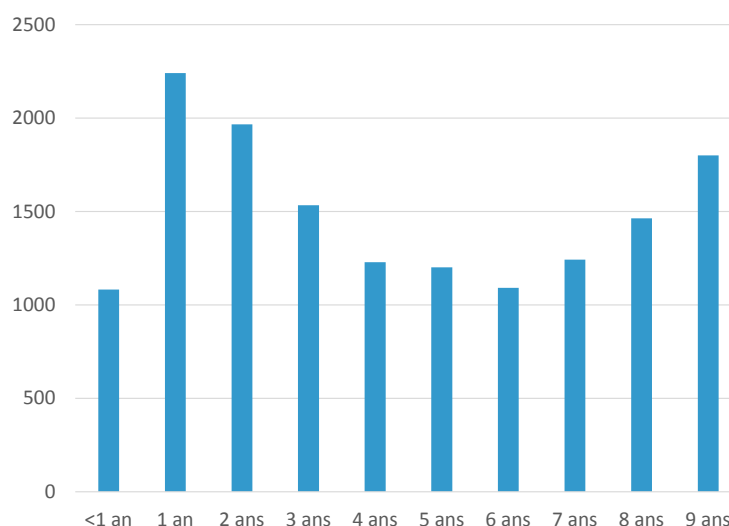
### Risques / comportements : les accidents de la vie courante

Concernant les comportements, notons que la période située entre 6 et 9 ans est la plus propice pour l'adoption d'habitudes de vie favorables à la santé en terme notamment d'alimentation et d'hygiène dentaire. C'est aussi l'amorce de l'autonomie face aux habitudes de vie liées à l'hygiène corporelle. Cependant, les principaux risques directs liés aux comportements des enfants sont les accidents de la vie courante.

En 2010, le réseau EPAC (Enquête permanente sur les accidents de la vie courante) a enregistré 14 851 accidents de la vie courante chez des filles de 0 à 9 ans, en France métropolitaine. Un pic d'accidents de la vie courante est observé entre 1 et 2 ans (cf. graphique ci-contre). Ces accidents ont le plus souvent lieu au domicile et dans des espaces publics (aires de sport et de jeux). Les causes les plus fréquentes sont les chutes, suivies des coups et collisions. Les autres risques sont les intoxications accidentelles, les suffocations et les brûlures.

Les accidents de la vie courante ont représenté 3,4 décès de filles de moins de 10 ans par an entre 2006 et 2015, en Normandie.

Effectifs des accidents de la vie courante par âge  
chez les filles de moins de 10 ans en France métropolitaine en 2010



Source : EPAC-Résultats 2010 en France métropolitaine-Santé publique France

#### Point méthodologique

Les décès par accident de la vie courante regroupent les causes suivantes (cause initiale) :

- Accidents de transport autres (CIM10 = V90-V94, V96, V98, V99)
- Chutes accidentelles (CIM10 = W00-W19 en cause initiale ou X59 en cause initiale avec S72 en cause associée)
- Suffocations et autres accidents affectant la respiration (CIM10 = W75-W84)
- Intoxications accidentelles par des substances nocives et exposition à ces substances (CIM10 = X40-X49)
- Noyades et submersions accidentelles (CIM10 = W65-W74)
- Exposition à la fumée, au feu et aux flammes (CIM10 = X00-X09)
- Autres accidents de la vie courante (CIM10 = X10-X19, X20-X29, X50, W20-W23, W25-W29, W32-W41, W44-W45, W49-W64, W85-W87, Y86)
- Exposition accidentelle à des facteurs autres et sans précision (CIM10 = X58, X59)
- Séquelles d'accidents (CIM10 = Y86).

### Morbidité - Un taux comparatif régional d'admission en affection de longue durée similaire à celui observé en France métropolitaine, mais des disparités départementales présentes

Entre 2012 et 2014, 1 742 jeunes Normandes âgées entre 0 et 9 ans ont été admises en affection de longue durée, soit un taux d'admission de 302,2 pour 100 000 filles âgées de 0 à 9 ans (vs 293,9 en France métropolitaine, sans différence significative). Sur les cinq départements qui composent la région, aucune différence significative d'admission n'est observée avec la France métropolitaine pour quatre d'entre eux. Seule la Seine-Maritime présente un taux d'admission en affection de longue durée bien supérieur : 335,0 pour 100 000 filles de 0 à 9 ans.

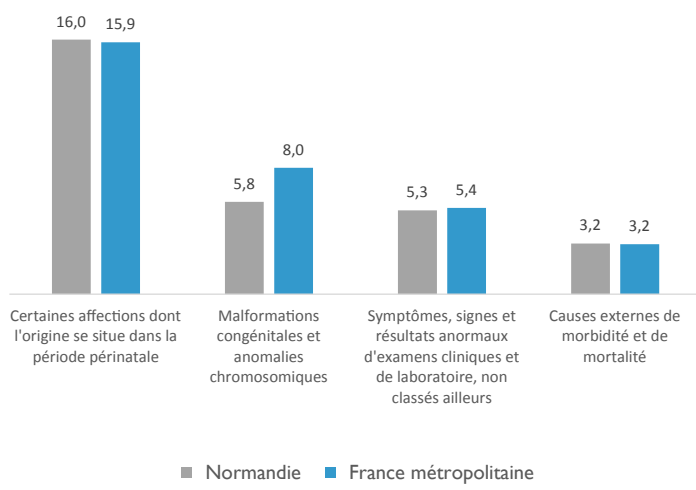
En Normandie, un quart (25 %) des admissions de jeunes filles âgées de 0 à 9 ans le sont pour troubles mentaux, suivi des maladies de l'appareil respiratoire (17 %) et de l'appareil circulatoire (15 %), puis des maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques. Viennent enfin des maladies du système nerveux (11 %).

## Une mortalité observée en région similaire au plan national

Entre 2006 et 2015, en Normandie, 75,3 décès de jeunes filles de moins de 10 ans ont été recensés en moyenne chaque année, soit un taux comparatif de mortalité de 38,9 décès pour 100 000 jeunes filles âgées de 0 à 9 ans (sans différence significative avec la France métropolitaine : 41,7 décès pour 100 000). Le Calvados et la Manche ont les taux comparatifs de mortalité les plus bas de la région (respectivement 29,6 et 34,4 pour 100 000), les trois autres départements de la région présentent quant à eux des taux comparables à la France métropolitaine.

En Normandie, comme en France métropolitaine, la première cause de mortalité correspond à la catégorie « Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale » (16,0 décès pour 100 000 Normandes âgées de 0-9 ans vs 15,9 en France métropolitaine).

Taux comparatif de mortalité pour 100 000 filles âgées de 0 à 9 ans entre 2006 et 2015



Source : Inserm-CépiDc - Insee

### Point méthodologique

#### Taux comparatif de mortalité ou taux standardisé de mortalité

Taux que l'on observerait dans la région et les départements si ces différents échelons géographiques avaient la même structure par âge que la population de référence (France métropolitaine). Les taux comparatifs ou standardisés de mortalité éliminent les effets de la structure par âge et autorisent les comparaisons entre les sexes et les échelons géographiques.

## Zoom sur les inégalités garçons/filles

### L'éducation des filles et des garçons

Les normes correspondant aux genres sont assimilées très tôt par les enfants (ce que c'est qu'être une fille ou un garçon dans son époque et sa culture). Par conséquent, les enfants intègrent très vite que les rôles de sexe attendus ne sont pas les mêmes. Selon Catherine Vidal en 2011, aucune étude n'a montré de différence dans la constitution des réseaux neuronaux, les variabilités individuelles étant plus marquées que les différences entre les sexes. Christine Détrez, a quant à elle, montré que les caractéristiques dites féminines ou masculines sont le résultat de la culture (ils diffèrent dans d'autres sociétés). Il semble donc important de dissocier le sexe qui concerne la différence physiologique et le genre qui concerne la différence sociale (construit par l'éducation).

La convention interministérielle pour l'égalité entre les filles et les garçons, les femmes et les hommes dans le système éducatif, signée pour la période 2013-2018 a d'ailleurs pour objectifs de :

- Acquérir et transmettre une culture de l'égalité entre les sexes.
- Renforcer l'éducation au respect mutuel et à l'égalité entre les filles et les garçons, les femmes et les hommes.
- S'engager pour une plus grande mixité des filières de formation à tous les niveaux d'études.

## Zoom sur les mutilations sexuelles féminines

Même si la France ne compte pas parmi les 30 pays directement concernés par les mutilations sexuelles féminines, l'excision ne connaît pas de frontières. En effet, depuis la fin des années 1970, avec les différents contextes migratoires, de nombreuses femmes et filles sont concernées en France. Les mutilations sexuelles concerneraient 45 % des femmes nées dans un pays exposé. En 2004, l'Institut national des études démographiques (INED) estimait le nombre de femmes concernées en France entre 42 000 et 61 000<sup>1</sup>. Le risque d'excision en France est assez limité (même s'il n'est pas inexistant), il est plus important lors de voyages dans le pays d'origine de la famille.

Cependant, il existe une évolution favorable. Au début des années 1980, on estimait que 80 % des femmes originaires de pays où se pratiquaient les mutilations sexuelles étaient excisées et que 70 % des fillettes l'étaient ou étaient menacées de l'être. En 2009, dans l'enquête « Excision et handicap » menée par l'INED parmi les filles de femmes excisées interrogées, 11 % sont excisées, cette proportion est de 3 % pour celles qui sont nées en France<sup>2</sup>.

Source :

Rapport d'information fait au nom de la délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes sur les mutilations sexuelles féminines, par Mmes Maryvonne BLONDIN et Marta de CIDRAC, sénatrices, enregistré à la présidence du Sénat le 16 mai 2018.

<sup>1</sup> A. Andro, M. Lesclingand, « Les mutilations génitales féminines : le point sur la situation en Afrique et en France », Population et société, octobre 2007.

<sup>2</sup> INED, « Les mutilations sexuelles féminines en France, Premiers résultats de l'enquête Excision et handicap », décembre 2009.

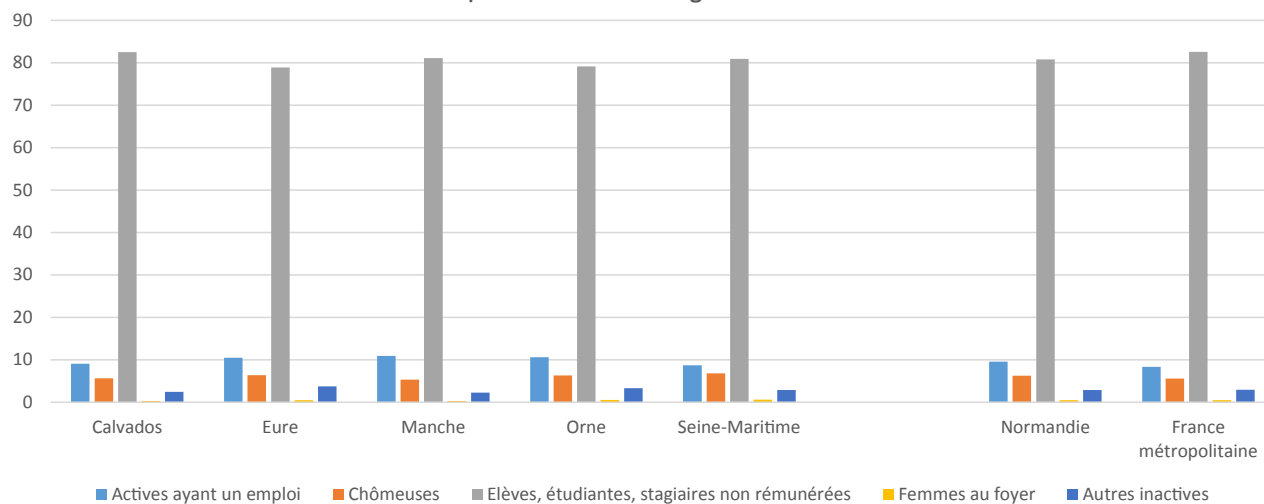
## LES ADOLESCENTES

En 2015, la Normandie compte plus de 204 000 jeunes femmes âgées de 10 à 19 ans, soit 49 % des personnes âgées de 10 à 19 ans vivant en Normandie.

### Contexte sociodémographique - Près de 20 % des jeunes femmes âgées de 15-20 ans sont sorties du système scolaire

Entre 15 et 20 ans, 8 Normandes sur 10 (81 %) sont élèves, étudiantes ou stagiaires non rémunérées. Parmi les 19 % restantes, près de 10 % sont actives ayant un emploi, 6 % sont au chômage (au sens du recensement de la population) et 3 % sont parmi les autres inactives.

Situation face à l'emploi des Normandes âgées de 15 à 19 ans, en 2015 (%)

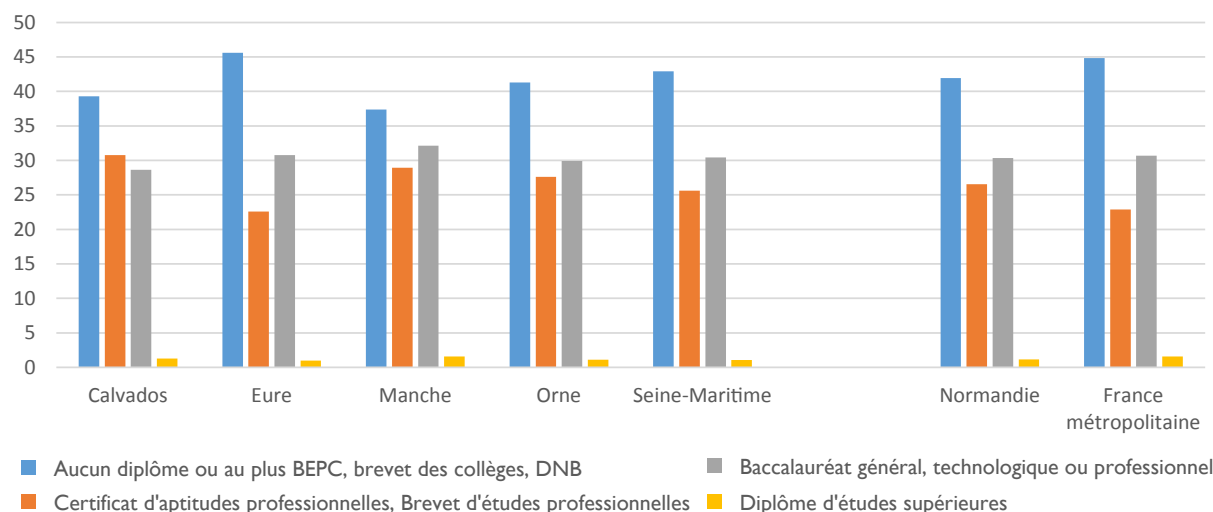


Source : Insee, Recensement de la population

En région, parmi les femmes âgées de 15 à 19 ans sorties du système scolaire, 42 % sont sans diplôme ou au plus possèdent un BEPC, brevet des collèges, soit une proportion inférieure à celle observée en France métropolitaine (45 %). Les disparités territoriales sont toutefois importantes avec un différentiel départemental de près de 9 points (37 % dans la Manche vs 46 % dans l'Eure).

Près de 27 % des Normandes ont obtenu un Certificat d'aptitudes professionnelles ou un brevet d'études professionnelles contre 23 % des françaises du même âge, elles sont 23 % dans l'Eure et 31 % dans le Calvados. Près d'une jeune Normande sur 3 (30 %) possède un niveau baccalauréat général, technologique ou professionnel, tout comme en France métropolitaine (31 %). Les disparités territoriales sont pour ce niveau de diplôme moins importantes (entre 29 % dans le Calvados et 32 % dans la Manche). Enfin, 1 % des jeunes Normandes possède un diplôme d'études supérieures, (vs 2 % des Françaises) avec des écarts de moins de 1 point entre les départements.

Niveau de diplôme des Normandes âgées de 15 à 19 ans sorties du système scolaire, en 2015 (en %)



Source : INSEE

### Grossesses adolescentes - Moins d'1% des accouchements en Normandie concerne des jeunes femmes âgées de moins de 18 ans

Après avoir longtemps pensé que les grossesses précoces (adolescentes) augmentaient les problèmes médicaux pour les mères et les enfants, les études actuelles ne montrent pas de différence sur le plan médical entre les grossesses d'adolescentes et celles de leurs aînées. Les difficultés sociales sont toujours mises en avant, isolement social, difficultés psychoaffectives ou socio-émotionnelles, conditions de vie, incapacité professionnelle, problème de logement...

Une enquête de 2004 (Bajos, Durand, Ferrand, 2004) révèle que moins de 5 % des mères de moins de 20 ans déclarent leur grossesse comme non désirée, entamant ainsi l'idée que les grossesses d'adolescentes ne seraient qu'accidentelles. Les raisons qui motivent ces grossesses sont multiples, situations familiales, conjugales ou sociales. (C. Le Van, La grossesse à l'adolescence : Un acte socialement déviant ?)

Entre 2015 et 2017, 498 adolescentes de moins de 18 ans ont accouché en Normandie, dont 16 de moins de 15 ans. Les accouchements d'adolescentes de moins de 18 ans représentent 0,5 % des accouchements en Normandie comme en France métropolitaine.

Source : ScanSanté - Indicateurs de santé périnatale - FFRSP - ATIH

### Vaccination contre les infections à papillomavirus humains - Une couverture vaccinale régionale plus élevée qu'au plan national mais de fortes disparités départementales

La vaccination contre les infections à papillomavirus humains (HPV) est le seul moyen de protéger du cancer du col de l'utérus. Ce vaccin recommandé chez les filles de 11 à 14 ans n'exclut pas la totalité des causes de la maladie, il n'exclut donc pas le dépistage recommandé par frottis à partir de 25 ans. Il existe un rattrapage vaccinal chez les filles et femmes entre 15 et 19 ans. Le vaccin actuellement disponible couvre deux souches (HPV 16 et 18) responsable d'environ 70 % des cancers du col de l'utérus. Un nouveau vaccin plus complet couvrant 9 génotypes de HPV responsable d'environ 90 % des cancers du col de l'utérus devrait prochainement être disponible en France.

En 2016, selon Santé publique France (exploitation du SNDS-DCIR), la couverture vaccinale (« schéma complet » : 2 doses) des jeunes filles nées en 2000 (16 ans) était estimée à 19 % en France vs 26 % en Normandie. Il existe de fortes disparités départementales avec des taux de couverture vaccinale allant de 18 à 34 % (cf. tableau ci-contre).

### Consommations addictives à 17 ans - Une moindre consommation globale en région

En 2014, date des dernières données genrées disponibles de l'enquête Escapad, 70 % des Normandes âgées de 17 ans déclaraient avoir expérimenté le tabac et 31 % en avoir un usage quotidien, soit des prévalences similaires à celles observées en moyenne en France métropolitaine (respectivement 70 % et 32 %).

En Normandie, plus de 4 filles âgées de 17 ans sur 10 déclaraient avoir expérimenté le cannabis (42 %) et 4 % en avoir un usage régulier contre respectivement 46 % et 6 % en France métropolitaine.

En ce qui concerne l'alcool, 6 % des jeunes Normandes âgées de 17 ans déclaraient un usage régulier d'alcool et 15 % des ivresses répétées (respectivement 7 % et 18 % en France métropolitaine).

### Santé mentale

Entre 2010 et 2014, en Normandie 17 jeunes femmes de moins de 20 ans se sont suicidées dont 13 âgées de 15-19 ans.

Ainsi, 4 suicides chez des jeunes femmes de moins de 15 ans ont été observés.

Vaccination contre les infections à papillomavirus humain à 16 ans en 2016 (%)

	Estimation des couvertures vaccinales HPV "2 doses" à 16 ans
France	19,1 %
Normandie	26,5 %
Calvados	18,2 %
Eure	17,7 %
Manche	24,6 %
Orne	27,5 %
Seine-Maritime	33,7 %

Source : SNDS-DCIR. Traitement Santé publique France-2016

### Zoom sur la puberté

La puberté correspond à la période de la vie pendant laquelle le corps se modifie pour permettre la reproduction. C'est une période de grands changements physiques, psychiques et comportementaux. Chez les filles, elle commence en moyenne à 11 ans mais peut varier entre 8 et 14 ans, elle dure le plus souvent 4 ans. La puberté, démarre lorsque le cerveau produit des hormones spécifiques permettant le développement des organes sexuels qui eux-mêmes se mettent à sécréter des hormones sexuelles, les œstrogènes (chez les filles). Pendant ces 4 ans, les hormones provoquent des changements physiques importants, des poils poussent, les seins grossissent, le clitoris se développe, les premières règles surviennent, les hanches et les cuisses prennent plus d'ampleur et la croissance s'accélère pour atteindre une taille quasi définitive autour de 16 ans.

Les hormones et les bouleversements physiques impliquent de nombreux changements psychologiques et comportementaux. La métamorphose du corps peut amener de nombreux complexes chez les adolescentes, auxquels s'associent les changements hormonaux pouvant associer des sautes d'humeur, un manque de confiance en soi et une forte émotivité.

### Point méthodologique

**Usage régulier d'alcool** : au moins 10 usages d'alcool dans les 30 derniers jours précédant l'enquête.

**Ivresses répétées** : au moins 3 ivresses déclarées au cours des 30 derniers jours.

## Morbidité - Un taux comparatif régional d'admission en affection de longue durée similaire à celui observé en France métropolitaine mais des disparités départementales présentes

Entre 2012 et 2014, 1 934 jeunes Normandes âgées entre 10 et 19 ans ont été admises en affection de longue durée, soit un taux standardisé d'admission similaire à la France métropolitaine : 327,0 pour 100 000 jeunes Normandes contre 335,4 au plan national. Les admissions en affection de longue durée sont moins fréquentes en Seine-Maritime qu'en France métropolitaine avec 278,3 admissions pour 100 000 jeunes femmes. À l'inverse, les admissions en ALD sont plus fréquentes dans la Manche avec un taux d'admission de 415,5 pour 100 000, les trois autres départements de la région présentant quant à eux des taux compris entre 331,2 et 360,1 similaires à la France métropolitaine.

En Normandie, plus d'un quart (28 %) des admissions de jeunes femmes âgées de 10 à 19 ans le sont pour maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif, suivi des troubles mentaux (27 %), sans différences significatives avec la France métropolitaine.

Les différences départementales sont importantes (cf. cartes ci-contre), les taux d'admissions pour troubles mentaux dans le Calvados et l'Orne sont inférieurs au niveau national alors qu'ils sont supérieurs pour les admissions par maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif. En ce qui concerne l'Eure, à l'inverse, les taux d'admissions sont inférieurs pour les maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif et supérieurs pour les troubles mentaux. Enfin, les taux d'admissions pour troubles mentaux de la Manche sont supérieurs au niveau national et inférieurs en ce qui concerne la Seine-Maritime.

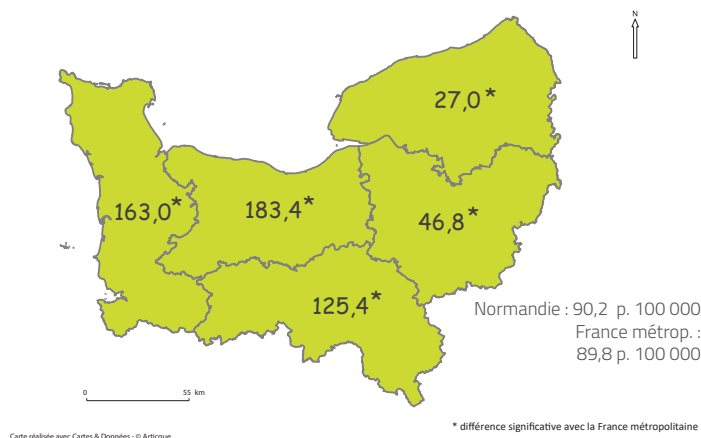
## Mortalité - Un taux comparatif de mortalité similaire à celui observé en France métropolitaine

Entre 2006 et 2015, 25,1 jeunes femmes âgées entre 10 et 19 ans sont décédées en moyenne chaque année en Normandie, soit un taux comparatif de mortalité générale de 12,3 pour 100 000 jeunes femmes, sans différences significatives avec la France métropolitaine (12,4 p. 100 000). Les taux standardisés de mortalité des cinq départements varient entre 10,5 et 13,3 pour 100 000 et sont comparables à ceux de la France métropolitaine.

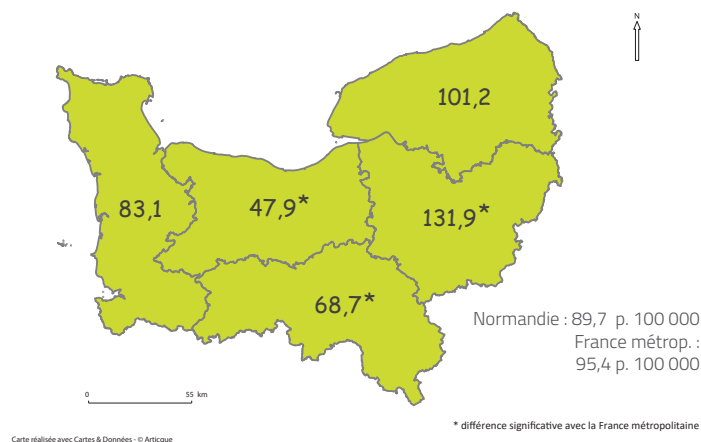
En Normandie, comme en France métropolitaine, les causes externes sont la première cause de mortalité (5,1 décès pour 100 000 Normandes âgées de 10 à 19 ans et 5,3 en France métropolitaine), suivie des tumeurs (2,1 décès en Normandie et 2,3 décès pour 100 000 en France métropolitaine).

Parmi les causes externes, 1 décès sur 5 est dû à un accident de la circulation, soit un aux comparatif de mortalité de 2,1 pour 100 000 femmes âgées de 10 à 19 ans.

Taux comparatif d'admission en ALD par maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif pour 100 000 femmes âgées de 10-19 ans (2012-2014)

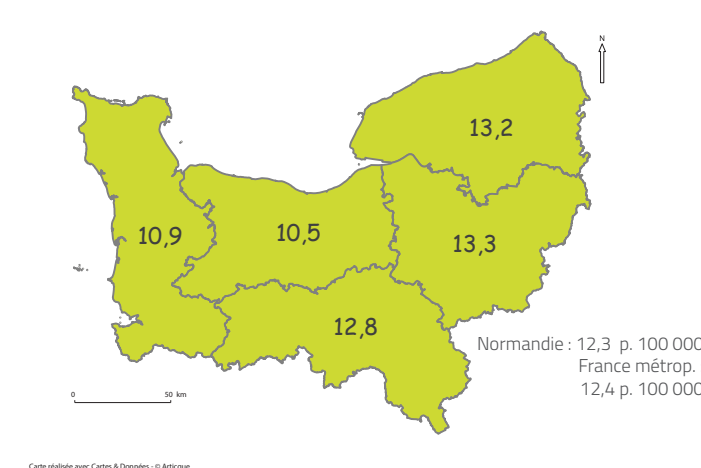


Taux d'admission en ALD pour troubles mentaux pour 100 000 femmes âgées de 10-19 ans (2012-2014)



Sources : Cnamts, CCMSA, RSI, Insee

Taux comparatif de mortalité pour 100 000 femmes âgées de 10-19 ans (2006-2015)



Sources : Inserm-CépiDc, Insee

## LES FEMMES ADULTES

En 2015, la Normandie compte près de 831 000 femmes de 20 à 59 ans, soit 50 % des personnes de 20 à 59 ans vivant en Normandie.

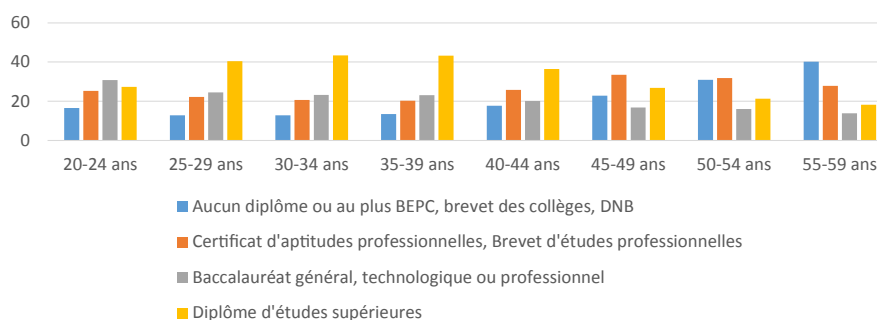
### Contexte sociodémographique - Un niveau de diplôme moins élevé qu'au plan national

Le niveau de diplôme le plus élevé des femmes évolue fortement en fonction de l'âge de ces dernières. Excepté pour les plus jeunes (pour lesquelles les études peuvent être en cours), plus les femmes sont jeunes plus elles sont diplômées. Cela traduit à la fois une augmentation générale du niveau de diplôme dans la population et un meilleur accès des femmes aux études (cf. figure ci-contre).

Si ce constat s'observe en région comme au plan national, la Normandie présente néanmoins une proportion de femmes diplômées moins élevée qu'en France métropolitaine : 40 % des femmes âgées de 55-59 ans sont non diplômées vs 33 % en France métropolitaine. À l'inverse, 18 % des Normandes âgées de 55-59 ans possèdent un diplôme d'études supérieures contre 24 % en moyenne en France métropolitaine.

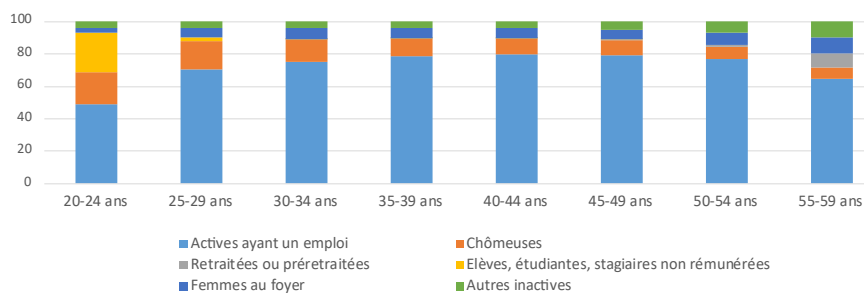
Les disparités territoriales sont toutefois importantes. Par exemple, concernant les jeunes femmes âgées de 25-29 ans, la proportion de diplômées d'études supérieures varie entre 36 % dans l'Orne et 44 % dans le Calvados.

Niveau de diplôme des Normandes âgées de 20-59 ans sorties du système scolaire, en 2015 (en %)



Source : Insee, Recensement de la population

Part de Normandes âgées de 20-59 ans selon la situation face à l'emploi par groupe d'âge, en 2015 (en %)



Source : Insee, Recensement de la population

Le situation face à l'emploi des femmes est également très dépendante de l'âge de ces dernières (cf. figure ci-dessus). La proportion de femmes actives augmente jusqu'à atteindre son maximum entre 40 et 49 ans (entre 79 et 80 % des femmes), période pendant laquelle les femmes au chômage sont les moins nombreuses, entre 9 et 10 %. De façon logique, les femmes les plus jeunes sont plus fréquemment des élèves, étudiantes ou stagiaires non rémunérées et à l'inverse, les femmes retraitées ou préretraitées se retrouvent chez les plus âgées.

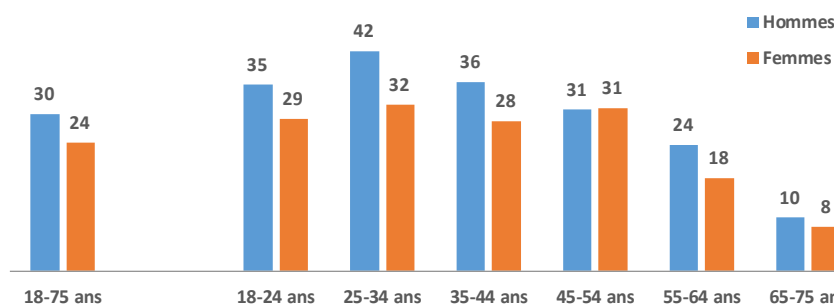
### Facteurs de risque

#### Près d'une femme sur quatre fume quotidiennement

En 2017, en France métropolitaine, une femme sur quatre déclarait consommer du tabac quotidiennement (entre 18 et 75 ans), soit une proportion plus faible que celle observée en 2016 (-1,8 points).

Chez les femmes, la prévalence de consommation quotidienne de tabac est la plus forte entre 25-34 ans (32 %) et 45-54 ans (31 %).

Usage quotidien de tabac par sexe et âge en France métropolitaine en 2017 (%)



Source : Santé publique France - Baromètre Santé 2017

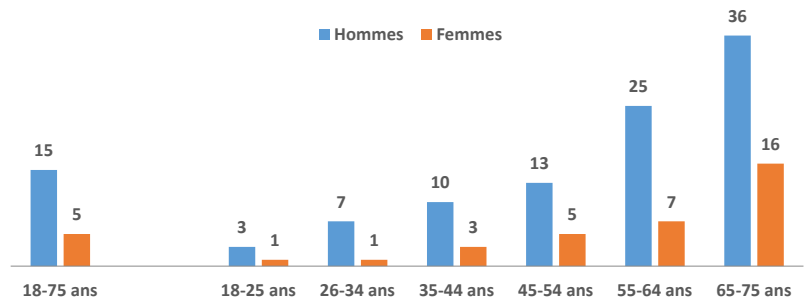
## Chez les femmes, une consommation d'alcool en hausse

La consommation quotidienne d'alcool est moins importante chez les femmes que chez les hommes. Avec l'avancée en âge, l'usage quotidien d'alcool augmente de façon importante passant, chez les femmes, de 1 % des femmes âgées de 18 à 34 ans à 16 % des femmes âgées de 65 à 75 ans.

Les comportements évoluent, alors que les femmes bénéficient de comportements plus favorables que les hommes, les écarts se resserrent. En effet, l'alcoolisation ponctuelle importante (API) dans l'année concerne 24 % des femmes âgées de 15-75 ans en 2014, soit une prévalence plus importante que celle observée quatre ans auparavant (21 %).

De la même façon, la fréquence des ivresses répétées et régulières est en augmentation entre l'enquête de 2010 et celle de 2014 (cf. tableau ci-contre).

## Usage quotidien d'alcool par sexe et âge en France métropolitaine en 2014 (%)\*



Source : Santé publique France - Baromètre Santé 2014

\* Les données sur les consommations d'alcool par sexe et âge ne sont pas encore disponibles pour l'année 2017

## Alcoolisation ponctuelle importante et ivresse France métropolitaine (%) 2010-2014

	Hommes		Femmes	
	2010	2014	2010	2014
API dans l'année	51,5	53,2	21,3	24,2*
API mensuelle	28,2	26,2*	8,0	8,9
API hebdomadaire	7,9	8,2	1,8	2,0
Ivresses dans l'année	27,6	26,5	11,1	12,1
Ivresses répétées	13,0	13,5	3,6	5,2*
Ivresses régulières	5,3	6,2*	0,9	1,6*

\* Correspond à une évolution significative entre les deux périodes d'enquête

Source : Santé publique France - Baromètre Santé 2010- 2014

Exploitation : OFDT

## Une femme sur dix a consommé de l'alcool au cours de sa grossesse et une sur quatre du tabac

Le Baromètre Santé 2017 nous indique que la consommation d'alcool et de tabac pendant la grossesse ne serait pas rare bien que minoritaire. En effet, la consommation d'alcool pendant la grossesse concernerait plus d'une femme sur dix (12 %), dont près de 11 % « uniquement pour les grandes occasions » et serait plus fréquente chez les femmes les plus âgées et les plus diplômées. En ce qui concerne la consommation de tabac pendant la grossesse elle concernerait entre 20 et 25 % des femmes et serait plus fréquente chez les plus jeunes et les moins diplômées.

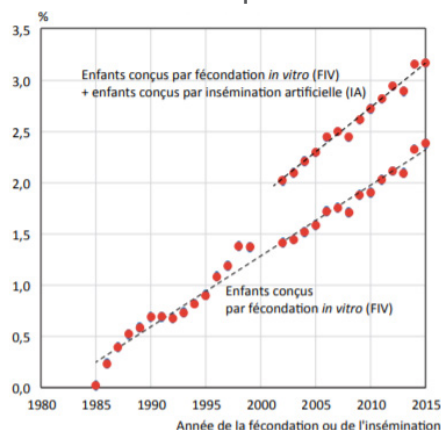
Source : Andler R, Cogordan C, Richard JB, Demiguel V, Regnault N, Guignard R, Pasquereau A, Nguyen Thanh V. Baromètre santé 2017. Consommations d'alcool et de tabac durant la grossesse. Saint Maurice : Santé publique France ; 2018.

## Fécondité/stérilité - Une augmentation de la part d'enfant conçu par assistance médicale à la procréation

L'Ined montre qu'en France, en 2018 un-e enfant sur 30 est conçu-e par assistance médicale à la procréation (AMP). L'assistance médicale à la procréation regroupe la Fécondation *in vitro* (FIV) et l'insémination artificielle (IA). La FIV étant l'AMP la plus fréquente, elle représente 70 % des enfants conçu-e-s par AMP (cf. figure ci-contre). Depuis les premiers « bébés éprouvettes » au début des années 1980, la part d'enfants conçu-e-s par FIV progresse de 0,5 % tous les 7 à 8 ans.

Le recours à la FIV permet de répondre aux infertilités féminines et masculines, même si celle-ci a initialement été développée pour répondre aux infertilités féminines. 95 % des enfants conçus par AMP le sont avec les gamètes de leurs deux parents. L'AMP avec tiers donneur (don de gamètes ou gestation pour autrui) concerne majoritairement le don de spermatozoïdes (4 %) et plus rarement le don d'ovocytes (1 % des naissances par AMP).

## Évolution de la proportion d'enfants conçus par assistance médicale à la procréation en France



Source : Population & sociétés n°556, Ined, juin 2018



**Morbidité - Un taux d'admission en affection de longue durée chez les femmes âgées de 40-59 ans inférieur à celui observé en France métropolitaine**

Entre 2012 et 2014, 7 651 Normandes âgées de 20-39 ans et 25 239 âgées de 40-59 ans ont été admises en affection de longue durée (ALD), soit des taux standardisés d'admissions de 679,9 pour 100 000 femmes âgées de 20 à 39 ans (taux similaire à la France métropolitaine ; 674,1 p. 100 000) et de 1 892,1 pour 100 000 femmes âgées de 40 à 59 ans (taux inférieurs à la France métropolitaine ; 1 917,5 p. 100 000).

Les admissions en affection de longue durée pour les femmes âgées de 20 à 39 ans sont moins fréquentes dans l'Orne qu'en France métropolitaine avec 550,3 admissions pour 100 000 femmes *versus* 674,1 au plan national et plus fréquentes dans l'Eure et en Seine-Maritime (respectivement 723,1 et 707,8). Chez les femmes âgées de 40 à 59 ans, les admissions sont moins fréquentes dans les départements de l'Orne, de la Manche et du Calvados (respectivement 1 758,2, 1 774,0 et 1 813,3 vs 1 917,5) et plus fréquentes en Seine-Maritime (1 993,3 admissions pour 100 000 femmes âgées de 40 à 59 ans).

En Normandie, le premier motif d'admission en ALD chez les femmes âgées de 20 à 39 ans sont les affections psychiatriques de longue durée, toutefois observé dans une moindre mesure qu'au plan national (174,6 en Normandie vs 186,1). Viennent ensuite, tout comme en France métropolitaine, les tumeurs maligne, les affections malignes du tissu lymphatique ou hématopoïétique (113,9 en Normandie vs 111,4). En ce qui concerne les femmes âgées de 40 à 59 ans, les motifs les plus fréquents en Normandie tout comme en France sont les tumeurs malignes, affections maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique (583,3), les diabètes de type 1 et de type 2 (366,2) et les affections psychiatriques de longue durée (298,1). Pour ces deux derniers motifs, leur fréquence d'admission est moins importante qu'en France métropolitaine (respectivement 584,4, 381,3 vs 327,9).

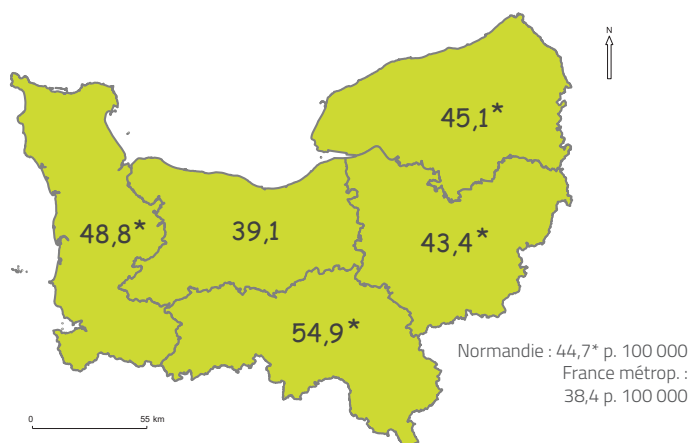
**Une surmortalité féminine constatée par rapport à la France métropolitaine**

Entre 2006 et 2015, 176 femmes âgées de 20 à 39 ans et 1 165 femmes âgées de 40 à 59 ans sont décédées en moyenne chaque année en Normandie, soit des taux comparatifs de mortalité générale de respectivement 44,7 et 252,6 décès pour 100 000 femmes. Ainsi, la Normandie présente une surmortalité importante par rapport à la France métropolitaine (respectivement, 38,4 et 225,1 décès p. 100 000). Les taux comparatifs de mortalité (TCM) observés dans les cinq départements normands varient de 39,1 à 54,9 chez les femmes de 20 à 39 ans et de 261,6 et 232,2 décès pour 100 000 femmes âgées de 40 à 59 ans (*cf.* cartes).

En Normandie, tout comme en France métropolitaine, la première cause de décès des femmes âgées de 20 à 39 ans sont les tumeurs ; 14,6 décès pour 100 000 femmes du même âge en Normandie (vs 11,7 en France métropolitaine), suivie des causes externes de mortalité, 12,5 décès pour 100 000 femmes de 20 à 39 ans (vs 11,0 en France métropolitaine). En Normandie, une surmortalité est observée sur ces deux pathologies. Les différences départementales sont de nouveau importantes, avec pour les tumeurs, des TCM variant de 12,8 dans l'Eure à 17,5 dans l'Orne. Concernant, la mortalité par causes externes, la mortalité varie entre 10,5 décès p. 100 000 dans le Calvados et 19,3 dans l'Orne.

En ce qui concerne les femmes âgées de 40 à 59 ans, une surmortalité par tumeur est observée. Les tumeurs arrivent en effet en tête des pathologies les plus meurtrières avec un taux comparatif de mortalité de 130,8 décès pour 100 000 Normandes âgées entre 40 et 59 ans vs 118,1 en France métropolitaine. De nouveau, de fortes disparités territoriales sont observées, les taux comparatifs de mortalité s'échelonnant de 121,1 dans l'Orne à 135,1 en Seine-Maritime.

Taux comparatif de mortalité pour 100 000 femmes âgées de 20-39 ans (2006-2015)

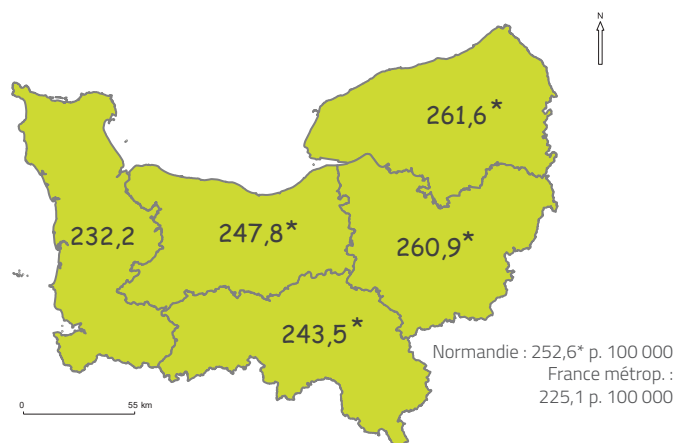


Carte réalisée avec Cartes & Données - © Artoque

\* différence significative avec la France métropolitaine

Sources : Inserm-CépiDc, Insee

Taux comparatif de mortalité pour 100 000 femmes âgées de 40-59 ans (2006-2015)



Carte réalisée avec Cartes & Données - © Artoque

\* différence significative avec la France métropolitaine

Sources : Inserm-CépiDc, Insee

## Zoom sur les violences faites aux femmes

### Les violences au sein du couple en 2016

Selon le Ministère de l'intérieur :

- 123 femmes ont été tuées par leur partenaire ou ex-partenaire, soit une femme tous les 3 jours (34 hommes) ;
- 110 000 victimes de violences commises par leur partenaire ou ex-partenaire majeur ont déposé plainte ou ont fait l'objet d'une constatation par les services de police ou de gendarmerie, dont 88 % de femmes ;
- 70 % des faits de violences volontaires commis sur une femme de 20 à 50 ans sont le fait de son partenaire ou ex-partenaire (parmi ceux enregistrés par les forces de sécurité) ;
- 1 viol sur 3 commis sur une femme majeure est le fait de son partenaire ou ex-partenaire (parmi ceux enregistrés par les forces de sécurité).

Selon l'enquête « Cadre de vie et sécurité » 2012-2017 de l'INSEE-ONDRP-SSM-SI :

- 225 000 femmes âgées de 18 à 75 ans déclarent avoir été victimes de violences physiques et/ou sexuelles par leur conjoint ou ex-conjoint sur une année ;
- 3 sur 4 déclarent des faits répétés ;
- 8 sur 10 déclarent également avoir été soumises à des atteintes psychologiques et/ou des agressions verbales.

Source : La lettre de l'Observatoire national des violences faites aux femmes, N° 12 - Novembre 2017, Violences au sein du couple et violences sexuelles en France : Les principales données disponibles pour l'année 2016.

### Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical

Le Haut conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes a voté en juin 2018 le rapport sur « Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical, des remarques aux violences, la nécessité de reconnaître, prévenir et condamner le sexisme ». Ce rapport fait suite à de nombreux témoignages de femmes, qui s'étaient exprimés sur Twitter fin 2014 avec le hashtag #PayeTonUtérus, sur « des propos porteurs d'injonctions sur leur physique ou leur volonté ou non d'avoir un·e enfant, des examens vaginaux brutaux ou pratiqués sans leur consentement, jusqu'à des violences sexuelles ». En 2015, la publication de documents d'une faculté de médecine ont révélé qu'il était attendu des étudiants qu'ils pratiquent des touchers vaginaux sur des patientes « endormies », donc sans leur consentement. En moyenne une femme aura 50 consultations gynécologiques et obstétricales au cours de sa vie, ce qui multiplie les risques en comparaison à d'autres suivis médicaux.

Source : Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical, Des remarques aux violences, la nécessité de reconnaître, prévenir et condamner le sexisme. Rapport n° 2018-06-26-SAN-034 du Haut conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes, voté le 26 juin 2018, par Danielle BOUSQUET, présidente du Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes, Geneviève COURAUD, rapporteure, Margaux COLLET, co-rapporteure.

Les Centres d'information sur les droits des femmes et des familles (CIDFF) sont des relais essentiels de l'action des pouvoirs publics en matière d'accès aux droits pour les femmes, de lutte contre les discriminations sexistes et de promotion de l'égalité entre les femmes et les hommes.

<http://www.infofemmes.com>

- CIDFF du Calvados : 02 31 62 32 17
- CIDFF de l'Eure : 02 32 33 44 56
- CIDFF de la Manche : 02 33 94 77 05
- CIDFF de l'Orne : 02 33 64 38 92
- CIDFF de la Seine-Maritime : 02 35 63 99 99

3919 Violences femmes info

<http://www.solidaritefemmes.org/>

## LES FEMMES ÂGÉES

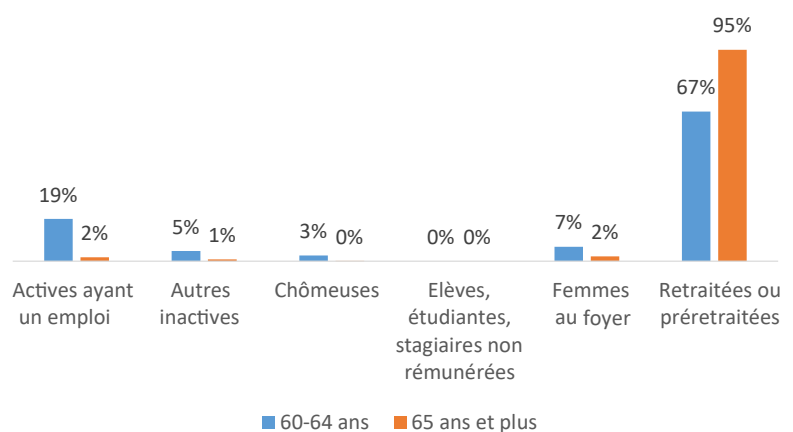
En 2015, la Normandie compte plus de 493 000 femmes âgées de 60 ans et plus, soit 56 % des personnes de 60 ans et plus vivant en Normandie.

En France métropolitaine, l'espérance de vie en bonne santé à la naissance des femmes est de 64,9 ans et leur espérance de vie globale à la naissance est de 85,3 ans. Ainsi, elles passent plus de 20 ans, limitées dans leurs activités quotidiennes ou en incapacité. Les facteurs de risques des femmes âgées résultent de leurs expositions passées tels que les comportements addictifs (tabac et alcool), d'un mode de vie sédentaire ou encore d'une mauvaise alimentation.

### Près d'une femme sur cinq âgée de 60-64 ans est active avec un emploi

En 2015, parmi les femmes de 60 ans et plus, 89 % sont retraitées ou préretraitées, il faut noter que le passage de la vie active à la retraite se fait le plus souvent au cours de la période située entre 60 et 65 ans. Parmi les femmes âgées entre 60 et 64 ans, 19 % sont actives et en emploi, 7 % sont femmes au foyer, 5 % sont inactives, 3 % à la recherche d'un emploi et 67 % sont retraitées ou préretraitées. Chez les femmes de 65 ans et plus, 95 % sont retraitées ou préretraitées et seules 2 % sont femmes au foyer, 2 % sont actives ayant un emploi et 1 % inactives. Il n'y a plus de femmes déclarées à la recherche d'un emploi. En France métropolitaine, la part de retraitées est moins importante qu'en Normandie (85 % chez les femmes de 60 ans et plus vs 89 % en Normandie).

### Situation face à l'emploi des Normandes de 60 ans et plus, en 2015 (%)



Source : Insee, Recensement de la population

**Plus de la moitié des femmes âgées de 80 ans et plus vivent seules**

La part de femmes vivant seules à domicile augmente avec l'âge. En effet, en 2015, alors que 25 % des Normandes âgées de 60 à 64 ans vivent seules à domicile, elles sont 54 % après 80 ans (cf. figure ci-contre). Cette observation se vérifie aussi bien en France métropolitaine, en Normandie ainsi que dans les départements de la région.

**Morbidité - Un taux d'admission en affection de longue durée inférieur à celui observé en France métropolitaine**

Entre 2012 et 2014, 27 629 Normandes âgées de 60 à 74 ans et 42 718 Normandes âgées de 75 ans et plus ont été admises en affection de longue durée, soit des taux standardisés d'admission en ALD inférieurs à ceux observés en France métropolitaine : 3 510,2 pour 100 000 femmes âgées de 60 à 74 ans et 7 530,3 pour 100 000 femmes de 75 ans et plus contre respectivement 3 654,2 et 8 062,5 au plan national.

Les admissions en affection de longue durée pour les femmes âgées de 60 à 74 ans sont significativement moins fréquentes dans l'Orne, dans la Manche et en Seine-Maritime qu'en France métropolitaine avec respectivement 3 333,8, 3 382,6 et 3 474,4 admissions pour 100 000 femmes (vs 3 654,2 au plan national). Quant aux femmes âgées de 75 ans et plus, les admissions sont significativement moins fréquentes dans l'Orne, l'Eure, la Seine-Maritime et le Calvados : respectivement 6 988,3, 7 292,3, 7 421,3 et 7 843,5 contre 8 062,5 au plan national.

En Normandie, les tumeurs malignes, affections malignes du tissu lymphatique ou hématopoïétique sont les premiers motifs d'admissions en ALD chez les femmes âgées de 60 à 74 ans (1 123,9 pour 100 000 femmes de 60 à 74 ans), suivis des diabètes de type 1 et 2 (747,5). Ces admissions sont moins fréquentes qu'en France métropolitaine (respectivement 1 148,0 et 786,2). En ce qui concerne les femmes âgées de 75 ans et plus, les motifs les plus fréquents en Normandie, tout comme en France métropolitaine, sont les insuffisances cardiaques graves, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves, cardiopathies congénitales graves (1 726,3), les tumeurs malignes, affections malignes du tissu lymphatique ou hématopoïétique (1 297,2) et les maladies d'Alzheimer et autres démences (1 234,1). Les fréquences d'admissions pour insuffisances cardiaques et des maladies d'Alzheimer sont moins importantes en région qu'en France métropolitaine (respectivement 1 794,7 et 1 404,8) (cf. figure ci-dessus).

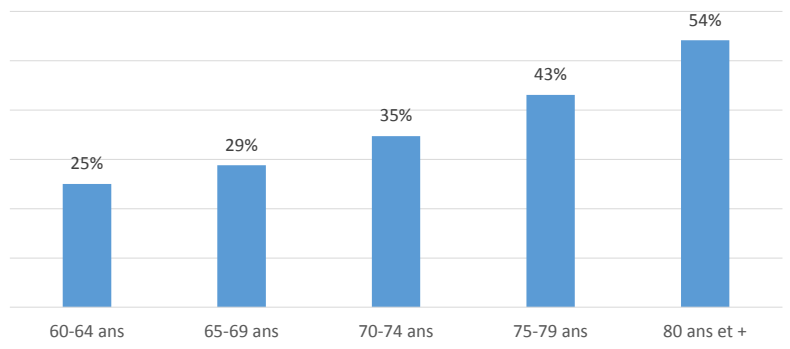
**Mortalité - Des taux comparatifs de mortalité significativement supérieurs à ceux observés au plan national**

Entre 2006 et 2015, 2 010 femmes âgées de 60 à 74 ans et 11 553 femmes de 75 ans et plus sont décédées en moyenne chaque année en Normandie, soit des taux comparatifs de mortalité générale (TCM) supérieurs à ceux observés au plan national : respectivement 776,3 et 5 894,5 décès pour 100 000 femmes domiciliées en Normandie contre 734,3 et 5 810,6 au plan national. Les TCM des cinq départements composant la Normandie s'échelonnent de 719,1 décès dans la Manche à 819,0 dans l'Eure pour 100 000 femmes de 60 à 74 ans ; de 5 611,0 décès dans la Manche à 6 229,4 dans l'Eure pour les femmes âgées de 75 ans et plus.

En Normandie comme en France métropolitaine, les premières causes de décès des femmes âgées de 60 à 74 ans sont les tumeurs (382,7 décès pour 100 000 femmes du même âge en Normandie), suivies des maladies de l'appareil circulatoire (125,4 décès pour 100 000 femmes de 60 à 74 ans). Pour ces deux causes, la Normandie présente une surmortalité par rapport à la France métropolitaine (respectivement 368,5 et 117,7).

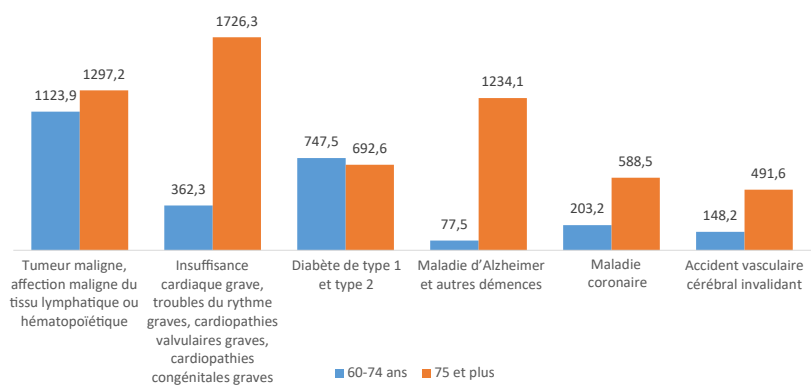
En ce qui concerne les femmes âgées de 75 ans et plus, une surmortalité par maladies de l'appareil circulatoire et tumeurs est observée en Normandie par rapport à la France métropolitaine. Les maladies de l'appareil circulatoire arrivent en tête des pathologies les plus meurtrières avec un taux comparatif de mortalité de 1 994,5 décès pour 100 000 Normandes âgées de 75 ans et plus vs 1 912,7 en France métropolitaine. Les tumeurs sont la seconde cause de mortalité des femmes âgées de 75 ans et plus avec des taux comparatifs de mortalité de 1 087,7 en Normandie vs 1 064,9 en France métropolitaine.

Part de femmes de 60 ans et plus seules à domicile par groupe d'âge en Normandie en 2015



Source : Insee, Recensement de la population

Taux standardisé d'admission en ALD pour 100 000 femmes de 60 ans et plus par motif d'admission en Normandie en 2012-2014



Sources : Cnamts, CCMSA, RSI, Insee

## FEMMES ET SANTÉ :

### POINT DE VUE D'UN SOCIOLOGUE

PAR DOMINIQUE BEYNIER

L'évidence de l'importance des femmes quant à leur influence sur la santé des autres s'impose à tous comme le montrent de nombreuses archives historiques qui relatent la fabrication par les femmes de diverses décoctions, sirops, tisanes, que l'on appelle avec la survenue de la modernité des « remèdes de bonnes femmes ». Par ailleurs, l'iconographie depuis des siècles met en scène la prise en soin des nouveaux nés par les femmes comme l'illustrent les diverses déclinaisons du thème du nouveau né avec sa mère décliné dans le tableau « Le nouveau né » de Georges De La Tour revisité récemment par Jacques Koskowitz.

Cette situation est le résultat de processus historiques qui s'inscrivent dans des rapports de domination masculine qui ont évincé progressivement les femmes de l'exercice de la médecine pour les reléguer dans le soin profitant de la période que l'histoire des sciences repère comme celle de la séparation de la magie et de la médecine permettant à cette dernière de s'affirmer comme une discipline académique.

Au 12<sup>ème</sup> siècle la séparation est moins franche. On peut citer les cas certes peu nombreux mais attestés de femmes qui pratiquaient, au delà du soin, la médecine. Trotula di Ruggiero femme médecin qui enseigna à l'école de Salerne en Italie et écrivit plusieurs ouvrages de ce qui est devenu la gynécologie autour de l'accouchement, des cycles menstruels, et qui, contre les positions de l'église, promut l'utilisation d'opiacés pour atténuer la douleur des femmes en couche. À la même époque on peut citer Hildegarde de Bingen<sup>1</sup> en Hesse Rhénanie qui publie outre ses nombreux ouvrages théologiques qui lui ont valu d'être élevée au rang de Père de l'église par Benoît XVI, 3 traités de médecine qui soulignent la dimension morale et psychologique de la santé humaine, les liens entre corporel et spirituel. Elle combine une médecine basée sur les plantes et les minéraux s'appuyant à la fois sur la lecture des textes anciens (Galien, Hippocrate, Aristote, etc.) et les médecines populaires. On dénombre ainsi une trentaine de femmes qui ont laissé des traces dans la médecine du Moyen-Âge.

Ce savoir sur les propriétés thérapeutiques des plantes, les femmes l'ont acquis par leur longue fréquentation des aliments qu'elles cueillaient, plantaient, récoltaient, sélectionnaient, cuisaient, préparaient pour nourrir leur progéniture. Comme l'écrit Marie-Françoise Collières : « *Autour des végétaux commencera à naître ce qui sera sans doute la plus grande alchimie du monde, la transformation des produits recueillis en poudres, farine, bouillies, ou encore en jus, breuvages de tous genres. Par broyage, concassage, pétrissage, les femmes viennent à préparer les aliments végétaux sous des formes très différenciées, [...]. Mais en soumettant les végétaux à toutes sortes de préparation, les plantes livrent leurs secrets et leurs philtres. Constituants essentiels de la préparation des repas, elles laissent percer l'immense gamme de leur pouvoir thérapeutique.* »<sup>2</sup>.

À la Renaissance quand la médecine tend à devenir une science, dans un double mouvement de distanciation avec la magie et les médecines empiriques, encore présentes dans l'œuvre de Paracelse, les femmes sont exclues peu à peu des lieux de formation à cette médecine savante, renvoyées à une pratique de la médecine basée sur les savoirs du peuple, entachées de superstitions quand elles n'étaient pas accusées de sorcellerie. Elles continuèrent à exercer les soins auprès des personnes mais ceux-ci furent disqualifiés par les lieux de savoir qui s'érigèrent à travers les facultés de médecine, puis peu à peu mis sous l'autorité médicale qui leur a confisqué la théorisation du soin et nié sa valeur thérapeutique.

Jusqu'au 3<sup>ème</sup> tiers du 20<sup>ème</sup> siècle cette partition s'est globalement perpétuée, les hommes étaient médecins et les femmes concouraient sous diverses appellations professionnelles aux soins des corps. Il reste à espérer que la parité hommes femmes observée après le concours de fin de première année des études de santé ne se traduira pas par une nouvelle organisation sexuée des postes et fonctions dans le système de santé tel qu'il se dessine depuis une trentaine d'années.

C'est dans cet espace entre soins et médecine que s'est installée la distinction actuelle entre le care (le soin) et le cure (le curatif) ; le premier étant défini comme « *un ensemble complexe de valeurs et de symboles, de gestes et de savoirs, spécialisés ou non, susceptibles de favoriser le soutien, l'aide ou l'accompagnement de personnes fragilisées dans leur corps-esprit, donc limitées, temporairement ou sur une longue période de leur existence, dans leur capacité de vivre de manière indépendante.* »<sup>3</sup>. Les *gender studies* dans le prolongement des travaux d'Olympe de Gouges qui revendiquaient pour les femmes le droit à s'exprimer à la tribune car elles montaient bien à l'échafaud et de Simone de Beauvoir ont largement mis en évidence que la propension des femmes à prendre soin des autres n'étaient en rien le résultat de prédispositions naturelles, mais le résultat de l'habitation des



<sup>1</sup> Laurence Moulinier, éd. — Beate Hildegardis. Cause et cure. Munich, Akademie Verlag, 2003 (Rarissima mediaevalia, 1) Berlin 2003, p. LXIII-CI.

<sup>2</sup> Marie-Françoise, COLLIÈRES (1985), Promouvoir la vie. De la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers. Paris, Interéditions, p. 42.

<sup>3</sup> Francine SAILLANT (1992), « La part des femmes dans les soins de santé », Prendre soin. Liens sociaux et médiations institutionnelles, Numéro 28, automne 1992, URL : id.erudit.org/iderudit/1033807ar.

filles à se focaliser sur les tâches se déroulant dans l'espace domestique. Cette éducation donnée aux filles leur faisant intérioriser une forme de prédisposition à prendre soin des autres. Un habitus de genre en quelque sorte qui constitue l'identité féminine et les inscrit dans un rôle social tout à la fois glorifié et dévalorisé ; celui de femme prenant soin des membres de la communauté familiale. Ce prendre soin est tout à la fois composé de soutien émotionnel, social ou encore d'aide mais aussi de compétences comportant des savoirs pratiques, des attitudes de prévention, des actes curatifs. Cette médecine ancillaire associe le préventif et le curatif.

Après ce trop court préliminaire socio-anthropologique et qui mériterait des développements plus importants sur la place prise par les femmes sur la santé des autres, il n'en reste pas moins que, pour ce qui est des données précises permettant de valider cette représentation, elles manquent cruellement même si on trouve dans les textes du milieu du 20<sup>ème</sup> siècle des indications précieuses<sup>4,5</sup>. Ainsi François de Singly constatait : « *Contrairement aux déclarations de principe sur l'égalité entre les conjoints, le conjoint participe peu à la garde de ses enfants malades.* »<sup>6</sup> ou encore avec un peu de malice : « *les mères célibataires, veuves ou divorcées ne sont pas, au niveau de la garde des enfants malades, très désavantagées par rapport aux femmes mariées ou concubines.* »<sup>7</sup>. Dans les mêmes années de la fin du 20<sup>ème</sup> siècle et début du suivant, Geneviève Cresson réalise plusieurs travaux qu'elle publie sur cette question de la place des femmes sur la santé des enfants<sup>8,9,10</sup>. Ses conclusions font la part belle aux réflexions socio-anthropologiques précédentes : le travail effectué par les mères auprès de leurs enfants malades est invisible car non monétarisé sauf par l'environnement de travail qui l'estime comme un manque de productivité. Les femmes elles-mêmes inscrites dans un schéma de domination finissent à la fois par intégrer l'attitude de reproche de l'environnement professionnel et culpabilisent de s'arrêter pour garder leur enfant tout en culpabilisant de « ne rien faire »<sup>11</sup> pendant ces temps consacrés à prendre soin de leur enfant. Pour ces temps, Geneviève Cresson parle de travail « paramédical », d'autres auteurs parlent eux de travail domestique de santé. Toujours est-il quelque soit son appellation, il s'agit bien là d'un travail, certes non rémunéré, qui comporte la mobilisation de diverses compétences établies d'un pré-diagnostic profane permettant à la fois de justifier l'absence de son lieu de travail, d'organiser une prise en charge d'attente de l'enfant malade, le cas échéant de donner des soins en mettant en route un traitement d'attente (antidouleur, antipyrétique, antitussif...) approprié, décider du type de prise en charge médicale à mettre en œuvre (médecine de ville ou hospitalière) sans se dispenser de rassurer, dédramatiser, et de veiller au confort de l'enfant. Il s'agit d'un ensemble de compétences faisant appel à des connaissances théoriques et pratiques, des savoir-faire et des savoir-être.

Geneviève Cresson insiste sur le fait que les constats réalisés sur la garde des enfants malades pourraient être aisément dupliqués pour les soins aux personnes âgées ou dépendantes où se trouvent aussi mobilisées les épouses, les filles, les nièces...

Ce travail domestique de santé est souvent celui de la femme comme le montrent les enquêtes répétées effectuées par la DREES<sup>12</sup> ou l'Observatoire des inégalités<sup>13</sup> qui construisent leur travail à partir des données de l'Insee<sup>14,15</sup> recueillies dans les enquêtes emploi du temps dont on peut regretter la disparition<sup>16</sup>, ce qui explique l'ancienneté relative des données exploitées. Pour autant les constats qu'elles permettent sont sans ambiguïté, le temps consacré aux activités domestiques est quelque soit leur situation d'activité ou la période observée deux fois plus important pour les femmes que pour les hommes (cf. tableau et figures ci-après).

#### Temps moyen passé\* chez les personnes âgées de 15 ans et plus en France métropolitaine (Enquête Emploi du temps 2009-2010)

	Etudiant·e·s, lycéen·e·s		Salarié·e·s		Indépendant·e·s		Chômeur·ses·s		Femmes au foyer	Retraité·e·s		Ensemble		
	H	F	H	F	H	F	H	F		H	F	Total		
<b>Temps domestique</b>	<b>0:50</b>	<b>1:27</b>	<b>2:06</b>	<b>3:27</b>	<b>1:27</b>	<b>3:28</b>	<b>3:23</b>	<b>4:56</b>	<b>5:38</b>	<b>3:31</b>	<b>4:25</b>	<b>2:24</b>	<b>3:52</b>	<b>3:10</b>
Ménage, cuisine, linge, courses...	0:40	1:11	1:11	2:36	0:52	2:37	2:16	3:54	4:16	1:56	3:47	1:23	3:03	2:15
Soins aux enfants et adultes	0:03	0:07	0:19	0:37	0:12	0:33	0:17	0:46	1:04	0:08	0:12	0:14	0:31	0:23

Sources : Insee, enquête Emploi du temps 2009-2010.

\* Il s'agit de moyennes par jour, y compris samedi, dimanche et vacances ; il faut multiplier par 7 pour obtenir la durée hebdomadaire de travail.

<sup>4</sup> François DE SINGLY, (1993), Parents salariés et petites maladies d'enfant, le congé pour enfant malade, Ed. La Documentation française, Paris.

<sup>5</sup> François DE SINGLY, (1991), Le congé pour enfant malade. Premier bilan sociologique. Secrétariat d'État chargé des Droits des femmes. Mission de l'égalité professionnelle. Association Fédor Pisanelli.

<sup>6</sup> *Op. cit.*, DE SINGLY (1993), p. 19

<sup>7</sup> *Ibid.* p. 20

<sup>8</sup> Geneviève CRESSON (1995), Le travail domestique de santé, Ed. l'Harmattan, Paris 1995.

<sup>9</sup> Geneviève CRESSON (2001), « Les soins profanes et la division du travail entre hommes et femmes » in P. AÏACH et alii (éd.), Femmes et hommes dans le champ de la santé, Ed. ENSP, Rennes 2001, p. 303 – 328.

<sup>10</sup> Geneviève CRESSON, Nicole GADLREY, « Entre famille et métier : le travail du care », in Nouvelles questions féministes 23/3 (2004), p. 26 – 41.

<sup>11</sup> *Op. cit.*, CRESSON (1995), p. 268

<sup>12</sup> Thibaut DE SAINT POL (2013), Le temps consacré aux activités parentales, Direction de la recherche, de l'évaluation et des statistiques (DREES)

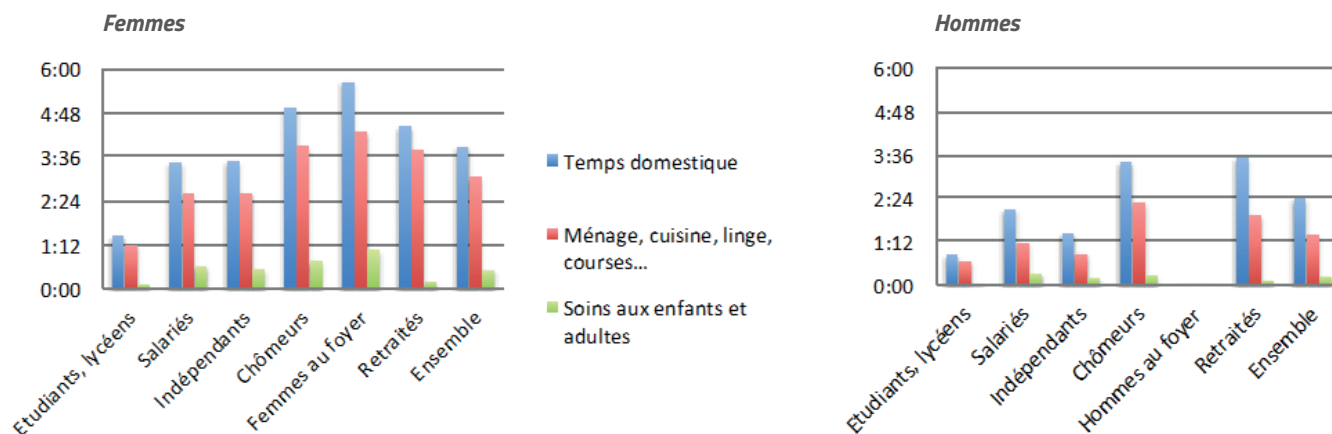
<sup>13</sup> Note de synthèse (2016), L'inégale répartition des tâches domestiques entre les femmes et les hommes

<sup>14</sup> Layla RICROCH et Benoît ROUMIER (2011), (Depuis 11 ans, moins de tâches ménagères, plus d'Internet, Insee Première, n° 1377

<sup>15</sup> Layla RICROCH (2011), Les moments agréables de la vie quotidienne. Une question d'activités mais aussi de contexte, Insee Première, n° 1378

<sup>16</sup> Insee, enquêtes Emploi du temps 1986-87, 1998-1999 et 2009-2010

Temps moyen passé\* chez les personnes âgées de 15 ans et plus en France métropolitaine selon le genre  
(Enquête Emploi du temps 2009-2010)



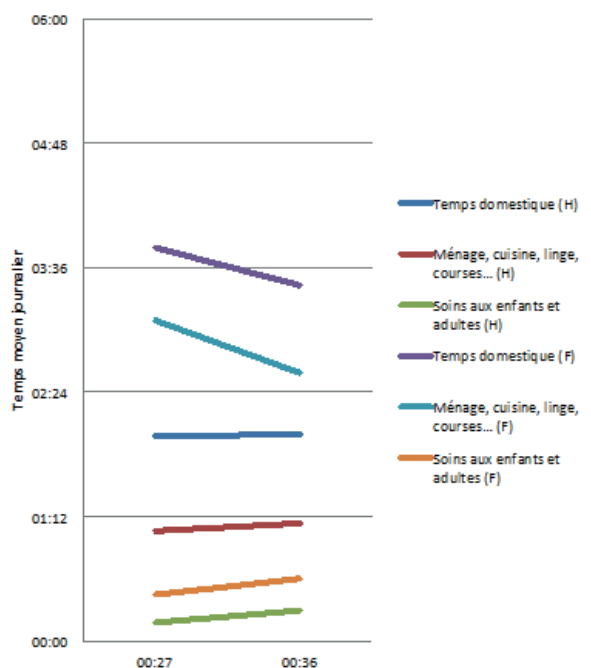
Sources : Insee, enquête Emploi du temps 2009-2010.

\* Il s'agit de moyennes par jour, y compris samedi, dimanche et vacances ; il faut multiplier par 7 pour obtenir la durée hebdomadaire de travail.

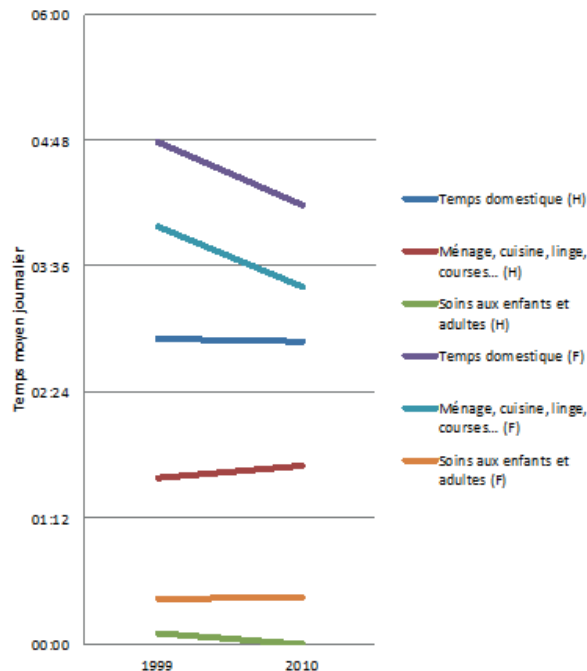
Evolution du temps moyen passé\* chez les personnes âgées de 15 ans et plus en France métropolitaine selon le genre et la situation face à l'emploi (Enquête Emploi du temps 1998-1999 / 2009-2010)

	Homme				Femme				Ensemble actifs ayant un emploi			Ensemble		
	Actif ayant un emploi		Inactif ou chômeur		Active ayant un emploi		Inactive ou chômeuse		1986	1999	2010	1986	1999	2010
	1999	2010	1999	2010	1999	2010	1999	2010						
Temps domestique	01:59	02:00	02:55	02:53	03:48	03:26	04:47	04:11	02:41	02:48	02:40	03:30	03:26	03:10
Ménage, cuisine, linge, courses, etc.	01:04	01:08	01:35	01:42	03:06	02:35	03:59	03:24	01:56	01:58	01:49	02:38	02:30	02:15
Soins aux enfants et adultes	11	18	6	9	27	36	26	27	16	18	27	19	18	23

Actif-ve ayant un emploi



Inactif-ve ou chômeur-se



Sources : Insee, enquête Emploi du temps 1998-1999 / 2009-2010.

\* Il s'agit de moyennes par jour, y compris samedi, dimanche et vacances ; il faut multiplier par 7 pour obtenir la durée hebdomadaire de travail.

A l'intérieur de ce temps, celui dévolu à prendre soin des enfants et d'autres adultes est deux à trois fois plus important pour les femmes que pour les hommes.

Si l'on considère comme cela a été montré que dans la sphère domestique, l'importance des femmes dans le prendre soin des autres est indéniable, pour ce qui est de la sphère publique, les taux de féminisation des professions médicales, paramédicales et médico-sociales ne laissent aucun doute sur l'influence qu'elles ont sur le soin et la prise en soin médicalisée de l'ensemble de la population.

Pr. Dominique Beynier

**Copyrights**  
© Adobe InDesign  
© Adobe Illustrator

**Crédit image couverture**  
Shutterstock



**Association ORS-CREAI Normandie**  
**Observatoire régional de la santé**

Espace Robert Schuman  
3 place de l'Europe  
14 200 Hérouville-Saint-Clair  
Tél : 02 31 75 15 20 - Mail : [contact@orscreainormandie.org](mailto:contact@orscreainormandie.org)  
Site Internet : [www.orscreainormandie.org](http://www.orscreainormandie.org)

**Directeur de la publication**  
M. Pierre-Jean LANCY, Président de l'ORS-CREAI Normandie

**Coordination de la publication**  
Julie PASQUIER et Annabelle YON, ORS-CREAI Normandie  
Avec la contribution de Dominique Beynier, Sociologue

**Maquettage de la publication**  
Elodie BROUDIN, ORS-CREAI Normandie

**Pour en savoir plus**  
[a.yon@orscreainormandie.org](mailto:a.yon@orscreainormandie.org)