

## CONTEXTE

La promotion de l'égalité entre les femmes et les hommes est une politique publique à part entière, portée par tous les ministères au sein du Gouvernement.

Les inégalités entre femmes et hommes sont présentes dans l'ensemble des dimensions que sont l'évolution en âge, la famille, la vie scolaire et professionnelle, les revenus, la représentation sociale... et la santé. Rappelons que pour l'Organisation Mondiale de la Santé, la santé est définie comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité ». Les différentes dimensions de la santé sont affectées par le « genre » ; les écarts observés n'impliquent pas nécessairement un bénéfice ou un risque pour la santé équivalent et ne sont différenciés selon les sexes.

Au plan national comme à l'échelle de la Normandie, l'espérance de vie des femmes est supérieure à celle des hommes (avec un écart de 6,1 ans en France et 6,5 ans en Normandie) ; toutefois l'écart se resserre, notamment en raison de l'évolution des « comportements à risque » chez les femmes. Parallèlement, l'espérance de vie en bonne santé demeure aussi supérieure chez ces dernières.

Pourtant, dans les enquêtes nationales et régionales en population, les femmes s'estiment en moins bonne santé que les hommes : elles déclarent plus de maladies chroniques, davantage de limitations dans les actes de la vie quotidienne et une plus grande consommation médicamenteuse. Elles sont aussi plus fragiles en terme de santé mentale : elles affichent une plus grande prévalence au stress, elles sont davantage concernées par la détresse psychologique, elles ont plus fréquemment des pensées suicidaires et sont également plus nombreuses que les hommes à tenter de se suicider. Pour autant, la mortalité par suicide est nettement plus importante chez les hommes que chez les femmes.

Les principales causes de mortalité varient fortement selon le sexe et l'âge. Globalement, les tumeurs sont la première cause de mortalité chez les hommes et les maladies de l'appareil circulatoire la première chez les femmes. La mortalité liée au cancer du poumon, des voies aérodigestives supérieures et de l'œsophage est notamment plus importante parmi les hommes.

Les hommes et les femmes ont des comportements de santé qui diffèrent. Tout au long de leur vie, les femmes sont plus attentives à leur état de santé et plus proches du système de soins que les hommes : elles sont plus nombreuses à consulter des médecins généralistes ou spécialistes et sont plus réceptives aux recommandations, notamment concernant la nutrition, la prévention (une plus forte participation aux actions de dépistage par exemple).

Les femmes font face à une fragilité socio-économique plus importante que les hommes : elles sont largement surreprésentées parmi les familles monoparentales, leur taux d'activité est inférieur à celui des hommes, elles rencontrent davantage de difficultés pour accéder à l'emploi et occupent plus souvent des emplois précaires, elles perçoivent aussi un salaire moindre que leurs homologues masculins à activité et niveau de diplôme équivalent.

Ce numéro de la Santé observée est consacré aux inégalités entre femmes et hommes. Il traite différentes dimensions : le profil socio-démographique, les comportements vis-à-vis de la santé, les états de santé.

## SOMMAIRE

### Profil démographique et socio-démographique

|  |      |
|--|------|
| Répartition par sexe dans la population générale | p. 2 |
| Situation familiale et mode de vie               | p. 2 |
| Scolarisation et emploi                          | p. 3 |

### Comportement de santé

|   |      |
|---|------|
| Nutrition et Indice de masse corporelle (IMC) | p. 4 |
| Addictions et comportements à risque          | p. 4 |
| Consommation de soins et dépistage            | p. 5 |

### Etat de santé

|   |      |
|---|------|
| Morbidity et mortalité                          | p. 6 |
| <i>Affections de Longue Durée (ALD)</i>         | p. 6 |
| <i>Mortalité générale et prématurée</i>         | p. 7 |
| Santé mentale                                   | p. 8 |
| <i>Qualité de vie</i>                           | p. 8 |
| <i>Suicide et détresse psychologique</i>        | p. 8 |
| <i>Consommation de médicaments psychotropes</i> | p. 8 |
| Santé au travail                                | p. 8 |

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



## PROFIL DÉMOGRAPHIQUE ET SOCIO-ECONOMIQUE

### Structure par sexe et âge de la population

Une espérance de vie féminine plus élevée, qui influe sur la structure par âge de la population

La Normandie recense un total de 3,3 millions de personnes au 1<sup>er</sup> janvier 2012 et représente 5 % de la population française métropolitaine. Elle est composée de 52 % de femmes et 48 % d'hommes, soit une répartition équivalente à ce qui est observé au plan national et sans distinction significative entre les départements.

Cette répartition varie selon l'âge : les femmes représentent 59 % des Normands âgés de 65 ans et plus contre 49 % des moins de 20 ans. La part des personnes âgées est globalement plus importante qu'en France à partir de 50 ans, notamment chez les femmes. En revanche, le déficit de population observé entre 20 et 40 ans est nettement plus marqué en Normandie qu'au niveau national, aussi bien chez les hommes que chez les femmes.

Cette structure par âge différente entre femmes et hommes est le reflet de l'espérance de vie. Les données de 2014 pour la Normandie indiquent que l'espérance de vie à la naissance est de 6,5 ans supérieure pour les femmes. Elle s'établit à 84,5 ans pour les femmes, contre 78,0 ans pour les hommes. A titre de comparaison, en France métropolitaine, elle est de 85,4 ans pour les femmes et 79,3 ans pour les hommes. La différence entre hommes et femmes se réduit sur une longue période. En l'occurrence en 15 ans, l'écart d'espérance de vie entre femmes et hommes en Normandie s'est réduit de 1 an.

### Situation familiale et mode de vie

Une prédominance des femmes parmi les familles monoparentales et les ménages se composant d'une seule personne

Les femmes sont largement plus représentées que les hommes au sein des familles monoparentales. Au recensement de la population 2012, plus de 13 % des familles sont monoparentales et dans plus de 80 % des cas, il s'agit d'une mère et de son ou ses enfants. Depuis les années soixante, la part des familles monoparentales ne cesse de grandir du fait de la fragilité accrue des unions parentales. On observe également que l'écart s'est renforcé entre la part des femmes et des hommes assurant la fonction de chef de famille dans ces situations familiales.

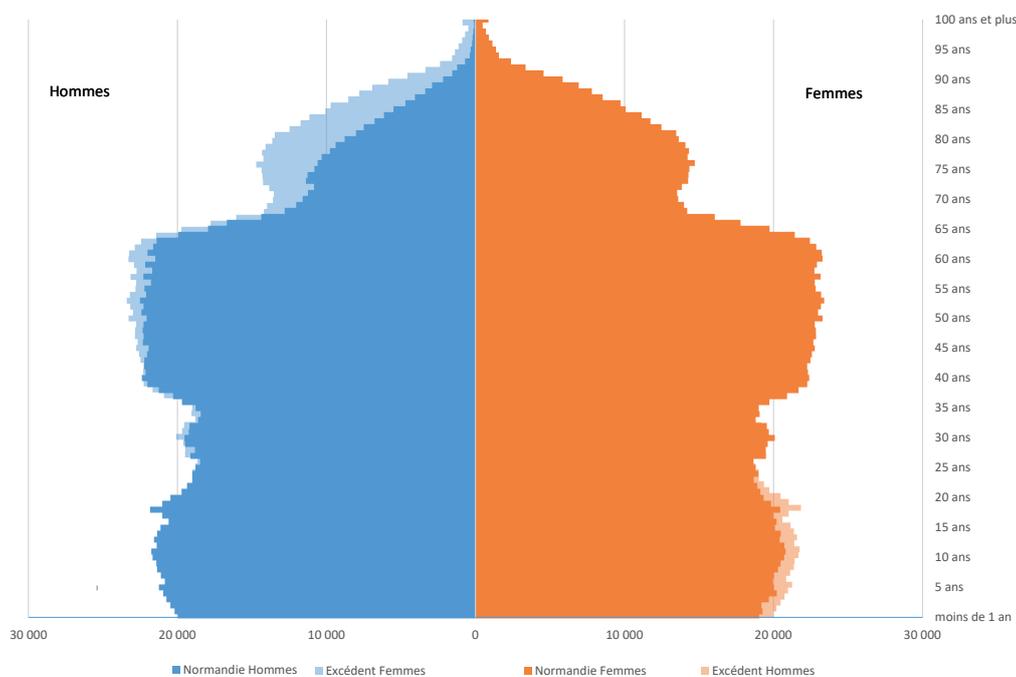
En Normandie, l'état matrimonial des hommes et des femmes de 15 ans et plus est différencié : moins de femmes célibataires que d'hommes (33 % contre 41 %), légèrement moins de femmes mariées (45 % contre 50 % d'hommes), davantage de femmes divorcées (8 % contre 7 % d'hommes), mais surtout davantage de veuves que de veufs (13 % contre 3 %), ce qui s'explique par les écarts d'espérance de vie. Les écarts constatés entre les hommes et les femmes au plan régional sont semblables à ce qui est observé au plan national.

Plus de 30 % des personnes âgées de 60 ans et plus vivent seules à domicile. La part des femmes apparait largement supérieure à celle des hommes et ce d'autant plus que l'âge augmente. En effet, les femmes vivent en moyenne plus longtemps que les hommes, sont en général plus jeunes que leur conjoint et se remettent moins souvent en couple après une séparation ou un veuvage. Ainsi :

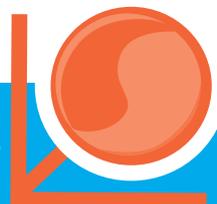
- 15 % des hommes âgés de 60-74 ans vivent seuls à domicile contre 28 % des femmes,
- 17 % des hommes âgés de 75-79 ans vivent seuls à domicile contre 46 % des femmes,
- Et enfin, 24 % des hommes âgés de 80 ans et plus vivent seuls à domicile contre 54 % des femmes.

Les femmes vivent également plus fréquemment en institution : 6 % des femmes âgées de 60 ans et plus sont dans cette situation contre 3 % des hommes en ex Basse-Normandie, à 5 % et 3 % en ex Haute-Normandie (idem au plan national). En termes d'évolution, on observe que la part des habitants de 60 ans et plus (qu'ils soient hommes ou femmes) et vivant en institution s'est légèrement réduite en Normandie entre 1999 et 2011, alors qu'elle tend à augmenter en France métropolitaine.

Pyramide des âges en Normandie  
Recensement de la population 2012



Source : INSEE



## Scolarisation et emploi

### Les hommes sortent moins diplômés du système scolaire mais présentent une situation et des conditions d'emploi moins dégradées

Les femmes sont désormais proportionnellement moins nombreuses à sortir du système scolaire peu ou pas diplômées : en 2012, 13 % des femmes âgées de 25-34 ans non scolarisées sont sorties du système scolaire peu ou pas diplômées (aucun diplôme ou au plus BEPC, brevet des collèges, Diplôme national du brevet) contre 17 % des hommes du même âge. Pour les femmes âgées de 45-54 ans cette proportion atteint près de 34 % contre 29 % des hommes.

A l'inverse, 17 % des femmes âgées de 25-34 ans non scolarisées sont sorties du système scolaire avec un diplôme supérieur à BAC+2 contre 13 % des hommes du même âge (respectivement 42 % des femmes contre 29 % des hommes pour un diplôme au moins égal à BAC+2).

Les effets de cette bonne réussite scolaire ne se perçoivent pas encore dans la situation d'emploi : en effet, s'ils sortent du système éducatif légèrement moins diplômés, à niveau de diplôme donné les hommes semblent se diriger dans des filières plus porteuses sur le marché du travail que les femmes.

### Un taux de chômage plus élevé chez les femmes, et ce quel que soit l'âge

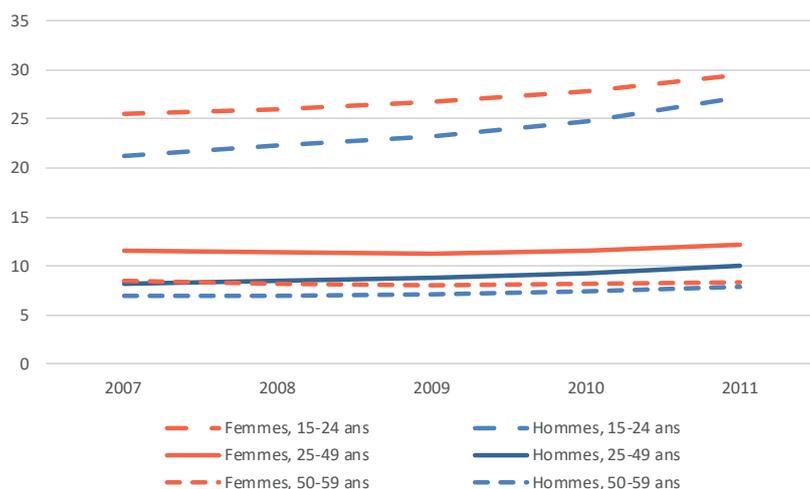
Tous âges confondus, la situation des hommes et des femmes vis-à-vis de l'emploi traduit des différences notables, observées tant au plan national que régional.

Le taux d'activité (rapport de l'ensemble des actifs sur la population totale) est nettement inférieur concernant les femmes : en Normandie, il s'établit à 52 % contre 62 % chez les hommes, il est en partie lié à des interruptions d'activité plus fréquentes chez les premières (en dehors du congé de maternité).

Les femmes apparaissent aussi plus en difficulté pour accéder à l'emploi, avec un écart d'un peu plus de 1 point sur le taux de chômage enregistré au 31-12-2012, qui s'établit en Normandie à 14 % pour les femmes et 12 % pour les hommes.

Cet écart est observé quelle que soit la classe d'âge : le taux de chômage des femmes (courbe rouge) est supérieur à celui des hommes (courbe bleue) tant parmi les moins 25 ans, que les 25-49 ans ou les 50 ans et plus.

Taux de chômage en Normandie, selon le sexe et l'âge (en %) Recensement de la population 2012



Source : INSEE - Exploitation FNORS

### Des contrats plus précaires et le temps partiel plus fréquent chez les femmes

La nature des emplois est également différenciée selon le genre : les femmes sont traditionnellement plus fortement positionnées sur des postes d'employés (qui concernent 48 % des femmes contre 11 % des hommes) et des professions intermédiaires (respectivement 27 % et 23 %). A l'inverse, on trouve davantage d'hommes sur les profils d'ouvriers (qui concernent 41 % d'hommes contre 10 % de femmes), de cadres et professions intellectuelles supérieures (avec 14 % contre 10 %) ou encore d'artisans, commerçants, chefs d'entreprise (avec 8 % et 4 %) et agriculteurs exploitants (avec 3 % et 1 %). Précisons également que parmi les cadres dirigeants, seul 1 sur 6 est une femme.

De ce fait, même s'il tend à diminuer au fil des années, on observe un écart de salaire moyen entre les hommes et les femmes, de l'ordre de 18 à 20 % en Normandie (cf. Insee DADS 2013). Plus précisément, en 2010 le salaire net annuel moyen en équivalent temps plein en ex Basse-Normandie est de 18 850 € pour les femmes contre 22 944 € pour les hommes. En ex Haute-Normandie, il est de respectivement 19 973 € et 25 097 €).

En dehors de la nature des emplois occupés, la principale différence enregistrée porte sur les conditions de ces emplois : les femmes sont à la fois plus souvent concernées par des contrats précaires (39 % de femmes occupent un emploi autre qu'un emploi à durée indéterminée - CDD, intérim, apprentissage et contrat aidé - en 2012 contre 17 % d'hommes) et des emplois à temps partiel (29 % parmi les femmes contre 7 % chez les hommes) ; elles sont aussi plus nombreuses à interrompre leur carrière professionnelle et effectuent moins d'heures supplémentaires que leurs homologues masculins.

## COMPORTEMENTS DE SANTÉ

L'étude des comportements de santé, tant au plan national que plus localement en région, met en évidence des différences entre les femmes et les hommes : de manière générale, les femmes sont notamment plus sensibles aux actions de prévention et aux recommandations en termes de nutrition, et développent des comportements à risque de façon moins fréquente (même si l'écart entre hommes et femmes tend à se réduire).

### Nutrition et Indice de Masse Corporelle (IMC)

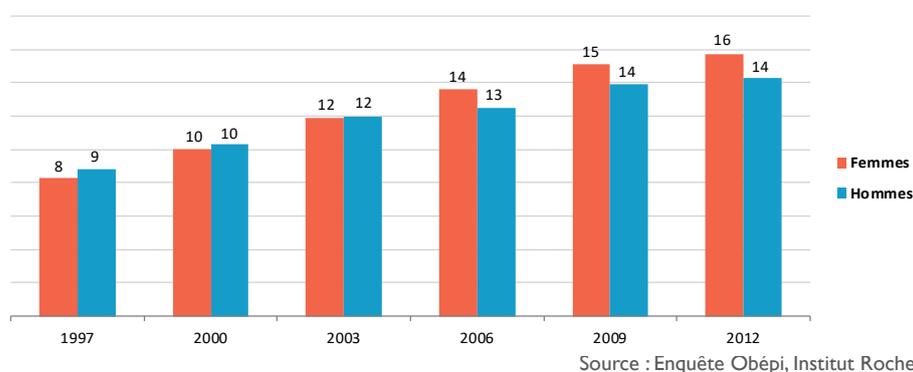
#### Un meilleur suivi des recommandations chez les femmes, mais des situations extrêmes de maigreur et d'obésité plus fréquentes

Le Programme National de Nutrition Santé (PNNS) a défini parmi ses objectifs principaux d'améliorer les pratiques alimentaires et les apports nutritionnels, en recommandant de consommer au moins 5 fruits et légumes chaque jour. Il est observé que le suivi de cette recommandation augmente avec l'âge et le niveau de diplôme, il est également plus fréquent chez les femmes que chez les hommes.

D'après les résultats d'une enquête nationale, la prévalence de l'obésité a nettement augmenté entre 1997 et 2012, passant de 9 % à 15 % et l'écart observé entre hommes et femmes s'est accentué. En France métropolitaine en 2012, 16 % des femmes et 14 % des hommes ont un IMC supérieur à 30 (soit en situation d'obésité modérée, sévère ou massive).

Au niveau régional, les données issues de l'enquête santé des Bas-Normands font état de 15 % de personnes obèses et 32 % de personnes en surcharge pondérale (IMC comprise entre 25 et 30). Les femmes sont plus fréquemment que les hommes dans des situations extrêmes, à savoir présentant une maigreur ou dénutrition (5 % des femmes et 1 % des hommes) ou à l'inverse une obésité (15 % des femmes contre 11 % des hommes).

Evolution de la prévalence de l'obésité en fonction du sexe en France



Source : Enquête Obépi, Institut Roche

### Enquête Santé des Bas-Normands

L'un des objectifs phares de la mise en place des Agences Régionales de Santé (ARS) en 2010 est de réduire les inégalités de santé entre les régions et au plan infrarégional. Dans ce cadre, l'Enquête Santé des Bas-Normands lancée en 2012, a pour objectif de mieux connaître la situation de la Basse-Normandie en matière de santé et ainsi contribuer à une adaptation des politiques publiques qui y concourent.

L'enquête santé des Bas-Normands s'applique à :

- Décrire l'état de santé de la population bas-normande et repérer les inégalités de santé et leurs déterminants sur les territoires,
- Réaliser une comparaison nationale, afin de déterminer la position de la Basse-Normandie au regard de la France.

Un important travail collaboratif a donné lieu à la réalisation d'une dizaine de publications thématiques, regroupées dans un ouvrage accessible en ligne sur le site de l'ORS ([www.orsbn.org](http://www.orsbn.org)).

### Addictions et comportements à risque

#### Tabac : une consommation moins fréquente chez les femmes à l'âge adulte, mais une situation similaire chez les jeunes

De manière générale, la consommation tabagique demeure plus élevée chez les hommes : en 2014 au plan national, 38 % des hommes contre 34 % des femmes fument, et la prévalence du tabagisme régulier est en baisse parmi les femmes entre 2010 et 2014 (stable parmi les hommes).

L'enquête santé des Bas-Normands a notamment mis en évidence une consommation régulière beaucoup plus fréquente chez les hommes que chez les femmes : la moitié des femmes n'ont jamais fumé contre un tiers des hommes. Il est également observé que la consommation tabagique, importante chez les jeunes, se réduit avec l'âge.

Un zoom réalisé sur la consommation de tabac chez les jeunes âgés de 17 ans (sur la base des données recueillies dans le cadre de la journée nationale Défense et citoyenneté - Enquête ESCAPAD) permet de caractériser la Normandie. En 2014, deux tiers de jeunes de 17 ans déclarent avoir déjà expérimenté la cigarette, soit 68 % des garçons et 69 % des filles. Respectivement 44 % et 42 % en ont consommé dans le mois : un usage occasionnel pour en moyenne 10 %, un usage quotidien pour 33 %, un usage intensif pour 8 %. Les usages quotidiens et intensifs sont légèrement plus fréquents parmi les garçons, néanmoins les écarts constatés restent non significatifs d'un point de vue statistique.



## Alcool : des comportements moins à risque pour les femmes mais des écarts qui se réduisent

De manière générale, les femmes ont un comportement plus modéré que les hommes vis-à-vis de la consommation d'alcool, mais depuis ces 20 à 30 dernières années, l'écart se resserre. Pour illustration, en 1998 les hommes étaient neuf fois plus nombreux que les femmes à consommer quotidiennement de l'alcool, et en 2012 ils sont trois fois plus nombreux, reflet d'une augmentation de la consommation féminine (cf. Enquête Santé des Bas-Normands 1998-2012).

De même, les comportements d'ivresse et d'alcoolisations ponctuelles importantes (API) augmentent de manière significative chez les femmes alors qu'ils se stabilisent chez les hommes.

Les comportements des jeunes mettent également en évidence un usage plus fréquent d'alcool chez le public masculin (cf. enquête ESCAPAD).

Neuf jeunes normands (âgés de 17 ans) sur dix ont déjà expérimenté la consommation d'alcool, environ 3 sur 4 déclarent une consommation supérieure ou égale à un usage par mois, et les consommations apparaissent plus fréquentes parmi les garçons : en particulier, un usage régulier (supérieur ou égal à 10 usages par mois) ou quotidien est le fait de 18 % des garçons contre 6 % des filles.

Plus de la moitié des jeunes ont également expérimenté l'ivresse (avoir connu au moins trois épisodes au cours de l'année) soit 65 % des garçons contre 50 % des filles, selon une fréquence largement plus importante chez les premiers. Boire 5 verres et plus en une même occasion (API) est également une pratique plus masculine (24 % des garçons ont eu cette pratique au moins 3 fois dans le mois contre 12 % des filles).

Par ailleurs on observe à l'échelle régionale que l'alcool est la cause de 7 % des décès prématurés chez les hommes et de 4 % chez les femmes.

## Drogues : un usage beaucoup plus fréquent chez les hommes

En France, les usagers de drogues sont essentiellement masculins (74 %) et l'âge moyen des consommateurs est de 35,6 ans pour les hommes et de 34,5 ans pour les femmes.

En Normandie, la consommation de produits psychoactifs déclarée par les jeunes de 17 ans (cf. enquête ESCAPAD) concerne une proportion plus importante de garçons, quelle que soit la nature des produits (cannabis, poppers, champignons hallucinogènes...). Ainsi, 46 % des jeunes déclarent avoir déjà expérimenté le cannabis, soit 49 % de garçons et 43 % de filles : respectivement 25 % et 20 % déclarent au moins un usage par mois, et respectivement 9 % et 4 % font état d'un usage quotidien (supérieur ou égal à 10 par mois).

## Consommation de soins

### Des femmes plus attentives à leur état de santé, qui suivent davantage les recommandations

Les femmes consomment plus de soins de ville que les hommes, en région comme au plan national. Ceci s'explique en premier lieu par le fait qu'elles sont plus âgées. Néanmoins, ce constat reste vrai à âge donné. Tout au long de leur vie, les femmes sont en effet plus attentives à leur état de santé et plus proches du système de soins que les hommes : elles sont plus nombreuses à consulter des médecins généralistes ou spécialistes.

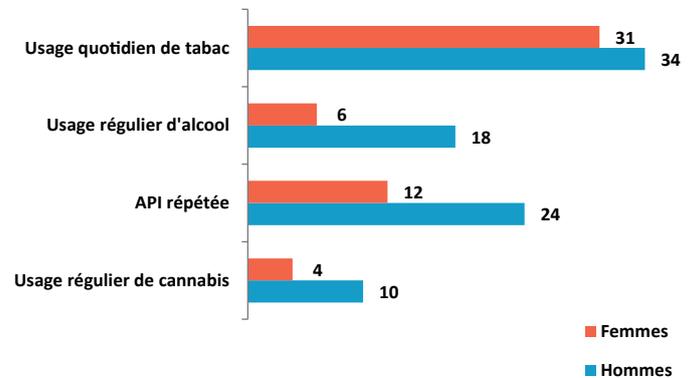
A titre d'illustration, l'Enquête Santé des Bas-Normands montre que 91 % des femmes et 84 % des hommes ont consulté un généraliste au moins une fois au cours des 12 derniers mois. Elle a également mis en évidence que les femmes déclarent un plus grand nombre de consultations par an (55 % des femmes ont consulté au moins 3 fois, contre 47 % des hommes). La fréquence de consultation augmente avec l'âge, et l'écart entre hommes et femmes se resserre.

Concernant les consultations de médecins spécialistes, un écart entre hommes et femmes est également observé : la fréquence des consultations augmente avec l'âge, particulièrement en cardiologie (ces consultations concernant plus fortement les hommes que les femmes).

La recommandation de la Haute autorité de santé publique (HAS) d'une visite annuelle chez un dentiste est suivie dans moins d'un cas sur deux, et dans ce domaine aussi, les hommes se mobilisent moins que les femmes (47 % contre 53 %).

Toutes spécialités confondues et indépendamment du sexe, la fragilité socio-économique renforce le phénomène de faible recours aux soins.

### Synthèse des 4 indicateurs d'usages réguliers chez les jeunes âgés de 17 ans en Normandie



Source : ESCAPAD 2014, OFDT  
Ecart non significatif concernant le tabac  
API : Alcoolisation Ponctuelle Importante

### Enquête ESCAPAD

Dans le cadre de la journée nationale Défense et citoyenneté, l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) interroge régulièrement les jeunes (alors âgés de 17 ans) sur leur santé et leurs consommations de substances psychoactives. Les dernières données disponibles datent de l'année 2014.

Il en ressort notamment des grandes tendances en termes de consommations de tabac, d'alcool, de cannabis... différenciées entre les garçons et les filles (et observées sur près de 1000 répondants).

Les femmes sont plus fréquemment hospitalisées que les hommes : en 2011 en Normandie, le taux d'hospitalisation s'établit à 265,6 pour 100 000 pour les premières, contre 241,5 pour les seconds (sources : Drees, PMSI, exploitation FNORS). Elles sont aussi davantage hospitalisées avant 45 ans, notamment à l'occasion des grossesses et accouchements. Après 65 ans, c'est l'inverse qui est observé, les hommes étant plus fréquemment hospitalisés notamment pour cause de maladies de l'appareil respiratoire, ou des pathologies liées à des consommations excessives d'alcool ou de tabac.

Notons que tant parmi les femmes que les hommes, les taux d'hospitalisation apparaissent plus faibles dans le département du Calvados (243,0 hospitalisations pour 100 000) et plus élevés dans l'Orne (287,2 hospitalisations pour 100 000).

### **Zoom sur le dépistage du cancer du côlon-rectum : un meilleur suivi des recommandations de dépistage chez les femmes**

De nombreuses études ont montré qu'il serait possible de diminuer de 15 à 20 % la mortalité par cancer colorectal en faisant un test de recherche de saignement occulte dans les selles (Hémocult®), tous les deux ans, auprès des personnes âgées de 50 à 74 ans, à condition qu'au moins la moitié de la population concernée participe régulièrement au dépistage et qu'une coloscopie soit faite en cas de dépistage positif.

Le taux de participation au dépistage du cancer du côlon-rectum en 2013-2014 est d'un tiers en Normandie (33 %), les actions de prévention étant toutefois mieux suivies en ex Basse-Normandie (taux de participation de 36 %) qu'en ex Haute-Normandie (participation de 30 %). Il apparaît que les femmes participent davantage au programme organisé de dépistage : en 2013-2014, le taux standardisé de participation à ce programme est de 35 % chez les femmes âgées de 50-74 ans, contre 30 % parmi les hommes.

Toutefois, les taux de participation au dépistage du cancer du côlon-rectum chez les femmes, bien que supérieur à celui observé chez les hommes, restent nettement inférieur au seuil nécessaire pour diminuer la mortalité. Précisons que le cancer du côlon-rectum est le troisième cancer le plus fréquent, tous sexes confondus, après le cancer du poumon et du sein. Il se situe par ailleurs au second rang des décès par cancer.

## **ETAT DE SANTÉ**

Comme précisé en introduction, rappelons qu'en 2015, l'espérance de vie des femmes reste supérieure à celle des hommes de plus de 6 années (compte-tenu des conditions de mortalité actuelles). Les femmes présentent également une meilleure espérance de vie en bonne santé même si cet écart est beaucoup plus réduit qu'en matière d'espérance de vie globale.

Ainsi, les femmes auront plus de 21 années de vie avec limitations d'activités et/ou incapacités (vs 16 ans pour les hommes). Toutefois, après conversion des résultats en valeurs relatives, les femmes passent une plus grande part de leur vie en mauvaise santé.

### **Morbidité et mortalité**

Il existe de nombreuses manières d'aborder la question de l'état de santé d'une population, selon que l'on s'intéresse aux affections craintes par la population, à celles déclarées lors d'enquêtes auprès des ménages, aux affections diagnostiquées, à celles à l'origine des traitements les plus coûteux ou de mises en invalidité, ou encore aux causes médicales de décès. Ces causes médicales de décès constituent, avec les informations sur les affections de longue durée (dispositif permettant la prise en charge des patients ayant une maladie chronique comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse), le socle des diagnostics de santé, en raison de leur disponibilité depuis de nombreuses années et de leur déclinaison possible sur des échelons géographiques fins.

### **Des motifs d'admission en Affection de longue durée qui diffèrent selon le genre et l'âge**

Entre 2011 et 2013, plus de 75 000 nouvelles admissions en Affections de longue durée (ALD) ont été recensées annuellement en Normandie dont plus de la moitié concernaient des personnes âgées de 65 ans et plus (53 %) et dont 48 % concernaient des femmes. Le sex ratio des nouvelles admissions en Affections de longue durée varie selon l'âge avec une prédominance des hommes avant 15 ans et entre 35 et 64 ans (respectivement 59 % et 57 % des nouvelles admissions en ALD).

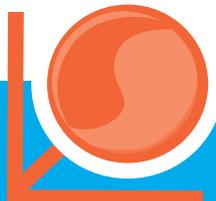
Les tumeurs constituent le premier motif d'admission en Affections de longue durée entre 15 et 64 ans, suivies des maladies cardio-vasculaires et métaboliques. Les hommes et les femmes présentent des situations différentes avec à ces âges, une prédominance des tumeurs chez ces dernières contre une prépondérance des maladies cardio-vasculaires chez les hommes. A partir de 65 ans, les maladies de l'appareil circulatoire deviennent plus fréquentes.

Plus précisément et quel que soit l'âge, si les hommes sont plus fréquemment en ALD pour cause de diabète, de tumeurs malignes, d'insuffisance cardiaque, d'hypertension artérielle, d'accident vasculaire cérébral invalidant, les femmes sont quant à elles plus concernées par les affections psychiatriques de longue durée et la maladie d'Alzheimer et autres démences.

### **Une mortalité toujours plus importante chez les hommes, une situation féminine néanmoins de plus en plus préoccupante en matière de mortalité liée aux comportements à risque**

Les principales causes de décès varient fortement selon l'âge et le sexe. Globalement, les tumeurs et les maladies de l'appareil circulatoire représentent les deux principales causes de décès : les tumeurs sont la première cause de mortalité des hommes, les maladies de l'appareil circulatoire la première cause de mortalité des femmes.

Plus précisément, la mortalité des enfants âgés de moins de 15 ans est principalement le fait d'accidents ou de pathologies tumorales. De 15 à 24 ans, période marquée par une surmortalité masculine importante, les accidents (notamment de la circulation) sont responsables de plus de 40 % des décès, viennent ensuite les suicides pour les garçons et les tumeurs pour les filles. De 25 à 44 ans, les morts violentes (accidents, suicides, etc.) constituent la première cause de décès chez les hommes (60 % des décès) suivie des tumeurs. Pour les femmes du même âge, ce sont les tumeurs qui sont responsables de plus de la moitié des décès. La mortalité entre 45 et 64 ans est principalement due aux cancers, pour les hommes comme pour les femmes. À partir de 65 ans, les tumeurs et les maladies de l'appareil circulatoire représentent près de 60 % des causes de décès.



D'une manière générale, la Normandie présente une situation en termes de mortalité particulièrement dégradée. La région arbore en effet l'une des espérances de vie à la naissance les plus faibles de métropole. Ce constat est le reflet d'une surmortalité importante par rapport au plan national constatée chez les hommes (+9 %, 2011-2013) comme chez les femmes (+4 %, 2011-2013) et notamment d'une surmortalité prématurée (avant 65 ans) particulièrement prégnante (+15 % chez les hommes et +8 % chez les femmes). Ainsi, sur la période 2011-2013, la région se place au 2<sup>ème</sup> rang des régions françaises les plus touchées par la mortalité prématurée (deux sexes confondus).

**Les principales causes de décès prématuré en Normandie sont les suivantes :**

**1- Les tumeurs :** en 2013, elles sont à l'origine de 37 % des décès prématurés chez les hommes et 47 % chez les femmes. Concernant les hommes, on identifie notamment les tumeurs du poumon à l'origine de 12 % de ces décès prématurés, les tumeurs des voies aérodigestives supérieures pour 5 %, les tumeurs de l'intestin pour 3 %, les tumeurs du côlon-rectum pour 2 %. Chez les femmes, les tumeurs du sein sont à l'origine de 13 % des décès prématurés. Viennent ensuite les cancers du poumon (9 % des décès prématurés), de l'intestin (4 %), du côlon-rectum (3 %), de l'utérus (3 %).

**2- Les traumatismes et empoisonnements :** en 2013, ils sont à l'origine de 16 % des décès prématurés parmi les hommes et 11 % parmi les femmes. Les accidents de la circulation représentent une cause plus fréquemment observée sur le public masculin, de même que les suicides. En effet, les suicides ont été à l'origine de 8 % des décès prématurés d'hommes en 2013, contre 5 % parmi les femmes. Notons que sur les deux sexes, les pourcentages sont sensiblement plus élevés concernant les départements de la Manche et de l'Orne.

**3- Les maladies de l'appareil circulatoire :** elles ont été en 2013, à l'origine de 14 % des décès prématurés parmi les hommes et 12 % parmi les femmes. Les maladies cardio-ischémiques auront concerné deux fois plus les hommes que les femmes.

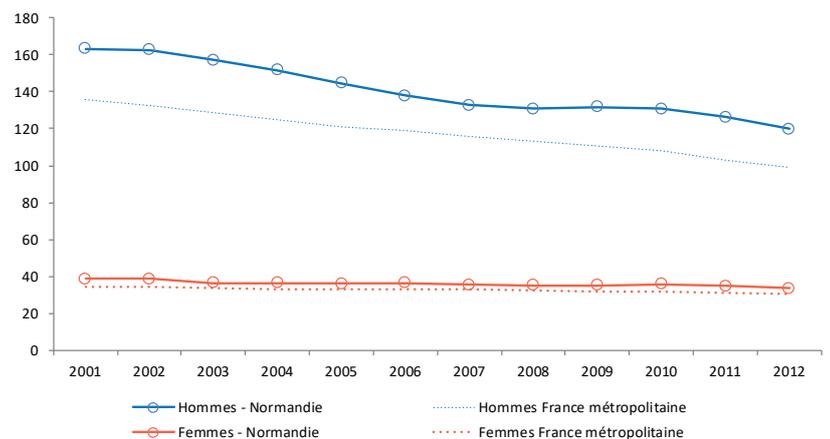
**4- Les pathologies liées à une consommation excessive d'alcool :** en 2013, l'alcool est à l'origine de 7 % des décès prématurés parmi les hommes et 5 % parmi les femmes.

Près de la moitié de ces décès prématurés pourrait être évitée, par deux catégories d'actions.

Les premières sont des actions de prévention et d'éducation pour la santé, qui visent à introduire une modification des habitudes individuelles vis-à-vis des consommations d'alcool, de tabac et des conduites à risque, sécurité routière en particulier (on parle alors de mortalité prématurée évitable liée aux pratiques de prévention primaire). Ces comportements individuels concernent surtout les hommes (38 % des décès prématurés chez les hommes et 23 % chez les femmes). Les secondes modalités concernent davantage le système de soins (curatifs et préventifs). L'amélioration de la prise en charge précoce des pathologies (notamment les cardiopathies ischémiques et les maladies cérébrovasculaires) et la prévention de certaines affections par le biais du dépistage systématique (cancer du sein et du col de l'utérus par exemple) réduiraient la mortalité évitable et donc une partie des décès prématurés (11 % des décès prématurés chez les hommes et 24 % chez les femmes). En Normandie, la mortalité prématurée évitable liée aux pratiques de prévention primaires est particulièrement importante. La région présente en effet une surmortalité masculine de 21 % par rapport au plan national. Chez les femmes, une surmortalité de 10 % est constatée.

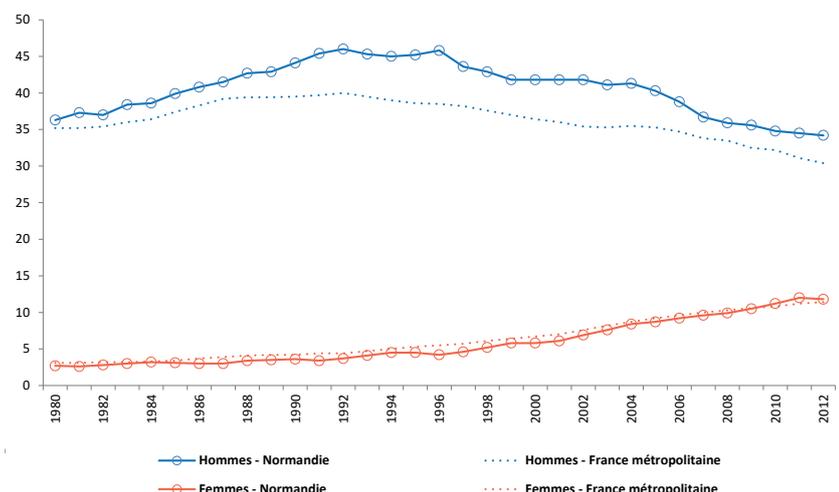
La mortalité prématurée continue de baisser dans son ensemble depuis de nombreuses années, sous l'impulsion des progrès médicaux et des actions de prévention menées. Néanmoins, cette baisse tend à se ralentir chez les femmes en raison d'une augmentation de la mortalité prématurée par cancers, constatée depuis le début des années 80, qui est la conséquence de l'adoption par les femmes des comportements à risques masculins. Pour exemple, les taux comparatifs de mortalité prématurée par cancer de la trachée, des bronches et du poumon ont triplé depuis les 20 dernières années de recueil chez les femmes, alors qu'ils ont diminué de 25 % chez les hommes. Toutefois, ces derniers restent encore bien supérieurs à ceux observés chez les femmes.

**Taux comparatifs de mortalité prématurée évitable liée aux pratiques de prévention primaire selon le sexe en Normandie et en France métropolitaine (p.100 000 hab / 2001-2012)**



Sources : Inserm CépiDc, Insee / Exploitation FNORS  
Indicateur calculé sur trois années. Le taux a une dimension annuelle, l'année figurant sur le graphique étant l'année centrale de la période triennale utilisée pour le calcul

**Taux comparatifs de mortalité prématurée par cancers de la trachée, des bronches et du poumon selon le sexe en Normandie et en France métropolitaine (p. 100 000 hab / 1980-2012)**



Sources : Inserm CépiDc, Insee / Exploitation FNORS  
Indicateur calculé sur trois années. Le taux a une dimension annuelle, l'année figurant sur le graphique étant l'année centrale de la période triennale utilisée pour le calcul

## SANTÉ MENTALE

### Une qualité de vie moins favorable chez les femmes

La santé ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité, elle consiste aussi à « pouvoir mener une vie socialement et économiquement fructueuse » (selon l'OMS). Dans le cadre de l'enquête santé des Bas-Normands, une analyse de la qualité de vie a été réalisée au moyen du score de Duke, qui s'appuie sur l'évaluation de la santé ressentie et déclarée par les individus, en intégrant notamment la santé mentale, l'estime de soi, la dépression ou encore l'anxiété.

Il en ressort, tout comme en France métropolitaine, une qualité de vie et une santé mentale moins favorables pour les femmes. Les autres facteurs associés sont notamment l'âge (le score de santé mentale est plus faible chez les 75 ans et plus), la fragilité socio-économique, le fait d'être parent isolé.

### Une mortalité par suicide quatre fois plus élevée chez les hommes, une détresse psychologique et des pensées suicidaires davantage évoquées chez les femmes

En France, près de 10 000 décès par suicide sont enregistrés annuellement, représentant environ 2 % de la mortalité totale. Les trois quarts des suicides concernent des hommes et les taux de mortalité par suicide sont 4 fois plus élevés chez les hommes que chez les femmes (2006-2013). Cette surmortalité masculine peut s'expliquer par un passage à l'acte plus fréquent chez les hommes et par l'utilisation plus importante de modes opératoires plus létaux. Plus précisément, le principal mode de suicide est la pendaison (54 % des hommes et 32 % des femmes), les femmes ayant davantage recours aux médicaments (31 % des femmes contre 10 % des hommes) et les hommes aux armes à feu (18 % contre 3 %).

En Normandie, près de 680 décès par suicide ont été recensés en moyenne chaque année entre 2011 et 2013. Tout comme en France, les hommes sont particulièrement concernés. A structure d'âge comparable, la Normandie présente une surmortalité significative par suicide, plaçant la région au troisième rang des régions françaises les plus touchées par cette mortalité, derrière les Hauts de France et la Bretagne (cf. O. Guérin, F. Michelot, N. Thomas et al. « Le suicide en Normandie ». OR2S, septembre 2016).

Si les suicides concernent plus fortement les hommes, l'enquête santé réalisée en 2012 en ex Basse-Normandie a mis en évidence une détresse psychologique et des pensées suicidaires plus fréquentes parmi les femmes. En effet, 53 % des femmes (contre 40 % des hommes) ont déclaré avoir déjà vécu au moins une période de deux semaines consécutives avec « perte de tout intérêt ou plaisir pour les choses aimées habituellement ou un sentiment de tristesse, déprime et désespoir » au cours de leur vie. Aussi, 29 % des femmes (contre 21 % des hommes) ont déclaré avoir déjà vécu au moins une fois les deux événements.

### Une consommation de médicaments psychotropes moins fréquente chez les hommes

La consommation de médicaments psychotropes en France est l'une des plus importantes d'Europe et se caractérise par un usage nettement plus fréquent chez les femmes. En ex Basse-Normandie (d'après les résultats de l'enquête santé 2012), 8 % ont recours à ce type de traitement contre 3 % des hommes. Il s'agit particulièrement de traitements contre la dépression ou contre les insomnies et troubles anxieux. Notons qu'y compris parmi les jeunes, les filles sont plus que les garçons concernées par la consommation de tranquillisants, somnifères et antidépresseurs.

## SANTÉ AU TRAVAIL

### Des femmes plus fréquemment concernées par les troubles musculo-squelettiques et neuropsychiques

Comme on l'a vu, l'accès à l'emploi et la nature des emplois occupés sont différenciés selon le genre. Les informations disponibles sur la santé au travail mettent aussi en évidence des disparités, notamment en termes d'exposition à certains risques. Le dispositif EVREST, mis en place depuis 2008 en ex Haute-Normandie (et plus récemment en ex Basse-Normandie / 2013) permet de dresser un certain nombre de constats relatifs aux conditions de travail des salariés. Ainsi, les femmes ex Hauts-Normandes sont plus fortement concernées que les hommes par des troubles musculo-squelettiques : elles sont 47 % à rapporter ce type de troubles au cours des sept derniers jours, contre 35 % des hommes. Plus précisément, 33 % de femmes et 22 % d'hommes déclarent souffrir de troubles ostéo-articulaires du rachis (vertèbres cervicales et/ou dorsolombaires). Des troubles ostéo-articulaires des membres supérieurs (épaule et/ou coude et/ou poignet-main) sont ressentis par 24 % des femmes contre 13 % des hommes. Les troubles ostéo-articulaires des membres inférieurs sont quant à eux autant signalés par les hommes que les femmes (11 %).

Les troubles neuropsychiques, définis par l'association de fatigue, anxiété et troubles du sommeil, touchent aussi davantage les femmes que les hommes. Ainsi, 34 % des femmes et 19 % des hommes sont concernés par la fatigue, respectivement 32 % et 19 % par l'anxiété et 25 % et 17 % par les troubles du sommeil.

### Dispositif EVREST

EVolutions et RELations en Santé au Travail est un dispositif de veille et de recherche en santé au travail. C'est un observatoire pluriannuel par questionnaire, construit en collaboration par des médecins du travail et des chercheurs, pour pouvoir analyser et suivre différents aspects du travail et de la santé de salariés.

Le recueil des données s'appuie sur un questionnaire très court (recto-verso), rempli lors des consultations. Ce questionnaire a été pensé pour être proche de la conduite habituelle de l'entretien de santé au travail, afin de s'intégrer au mieux dans la visite. Les questions portent sur les conditions de travail, la formation, le mode de vie et l'état de santé lors de l'entretien.

### Observatoire Régional de la Santé de Basse-Normandie

Espace Robert Schuman  
3 place de l'Europe  
14 200 Hérouville-Saint-Clair  
Tél : 02 31 43 63 36 - Mail : contact@orsbn.org

### Directeur de la publication :

Professeur Dominique BEYNIER, Président de l'ORS de Basse-Normandie

### Coordination, rédaction et maquette :

Sylvie LE RETIF, Julie PASQUIER, Annabelle YON

Cette publication est téléchargeable sur le site Internet de l'ORS :  
[www.orsbn.org](http://www.orsbn.org)