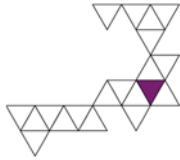


Santé des **hommes** et des **femmes** en Pays de la Loire

Quelles différences ?





Auteurs

Sandrine David, Dr Anne Tallec, Observatoire régional de la santé des Pays de la Loire

Financement

Agence régionale de santé et Conseil régional des Pays de la Loire

Citation suggérée

ORS Pays de la Loire (2017). Santé des hommes et des femmes en Pays de la Loire. Quelles différences ? 16 p.

Pour en savoir plus

www.santepaysdelaloire.com



L'ORS Pays de la Loire autorise l'utilisation et la reproduction des résultats de cette étude sous réserve de la mention des sources des données utilisées et de leur analyse par l'ORS.



SYNTHÈSE

Dans les Pays de la Loire comme en France, les hommes ont en moyenne une espérance de vie inférieure de six années à celle des femmes (79,1 ans contre 85,6 ans). Cette situation résulte d'une surmortalité masculine qui concerne toutes les classes d'âge et qui est particulièrement marquée chez les adultes jeunes. Ainsi, sur dix décès survenant avant 65 ans, sept décès concernent des hommes.

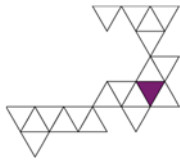
De façon générale, les hommes sont plus souvent touchés que les femmes par des pathologies se caractérisant par une forte létalité (cancers notamment du poumon, des voies aérodigestives supérieures, du foie... ; maladies cardiovasculaires notamment cardiopathies ischémiques ; ...), ou par des problèmes de santé constituant des facteurs de risque majeurs (diabète, surcharge pondérale...). Ils sont par ailleurs les premiers concernés par des morts violentes (accidents, suicides, homicides). Cette situation n'est pas sans lien avec leurs comportements moins favorables pour la santé, en particulier en matière de tabagisme, de consommation d'alcool et d'alimentation. Par contre, leurs habitudes en matière d'activité physique apparaissent plus favorables que celles des femmes.

Les femmes se perçoivent par contre en moins bonne santé que les hommes. Ceci peut être rapproché de la plus grande fréquence, chez elles, de pathologies impactant l'état fonctionnel et la qualité de vie : atteintes ostéoarticulaires, troubles anxiodépressifs, troubles cognitifs... Elles apparaissent par ailleurs plus proches du système de santé, en raison notamment des suivis liés à la santé reproductive, et semblent plus réceptives aux pratiques de prévention.

Dans ce contexte, alors qu'elles vivent en moyenne six années de plus que les hommes, les femmes ne vivent que deux années de plus sans incapacité. Les deux tiers des années supplémentaires d'espérance de vie des femmes sont donc vécues avec des limitations fonctionnelles. Avec l'âge, elles sont ainsi plus souvent confrontées à la dépendance.

Au cours des dernières décennies, les comportements et modes de vie des hommes et des femmes tendent globalement à se rapprocher pour les principaux facteurs de risque ou de protection de la santé, notamment en matière de consommation d'alcool, de tabac, de sédentarité et d'expositions professionnelles. Toutefois, en matière d'activité physique, l'écart entre les deux sexes s'est accru, avec un niveau d'activité en recul chez les femmes alors qu'il est stable, voire en augmentation, chez les hommes.

Enfin, concernant les inégalités sociales de santé, elles s'observent chez les hommes comme chez les femmes mais elles présentent certaines spécificités selon le sexe. À titre d'exemple, les écarts d'espérance de vie à 35 ans entre groupes sociaux sont plus marqués chez les hommes que chez les femmes.



Cette étude a été réalisée par l'ORS des Pays de la Loire à l'intention du Conseil économique social environnemental (CESER) dans le cadre de l'élaboration d'un rapport sur l'égalité hommes/femmes. Elle repose sur une approche épidémiologique et a pour objectif de décrire les principales différences entre les hommes et les femmes en matière de santé, ainsi que les tendances évolutives dans ce domaine. Elle s'appuie principalement sur les données présentées dans le rapport « La santé des habitants des Pays de la Loire » publié par l'ORS en juin 2017, ainsi que sur différents résultats d'études nationales.

1. Vue d'ensemble

Les hommes vivent en moyenne six années de moins que les femmes

► Dans les Pays de la Loire, comme en France, les femmes vivent plus longtemps que les hommes. En 2015, l'**espérance de vie à la naissance** des femmes ligériennes s'élève ainsi à 85,6 ans alors que celle des hommes atteint 79,1 ans, soit un écart de plus de six ans [1].

► Cet écart d'espérance de vie est le reflet de la surmortalité masculine, qui s'observe dans toutes les classes d'âge et notamment dès la naissance (avec en particulier une plus grande fréquence de mort subite du nourrisson). Ce différentiel est maximal entre 18 et 24 ans, le taux de mortalité masculin étant alors trois fois supérieur au taux féminin.

De ce fait, parmi les 5 900 **décès prématurés** (avant 65 ans) dénombrés chaque année dans la population ligérienne, 69 % concernent des hommes [2].

De nombreux facteurs expliquent cet avantage féminin. Parmi les plus souvent mentionnées, figurent une moindre fréquence des consommations de tabac et d'alcool et des conduites à risque, en particulier sur la route, ainsi qu'une moindre exposition à des conditions de travail pénibles et, jusqu'aux générations récentes, des vies professionnelles plus courtes. S'y ajoutent une plus grande attention portée au corps et à la santé et une plus grande proximité des services de santé, qui peuvent être rapprochées de leur rôle social et biologique [3] [4].

Ainsi, chez les hommes des Pays de la Loire, 40 % des décès survenant avant l'âge de 65 ans peuvent être considérés comme évitables par la prévention primaire¹, car ils sont liés à des facteurs de risque qu'il est possible de prévenir. Chez les femmes de la région, cette proportion est de 24 %.

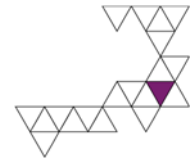
► Après s'être creusé entre 1950 et la fin des années 1980, l'écart d'espérance de vie entre hommes et femmes tend désormais à se réduire dans les Pays de la Loire comme en France, sous l'effet de gains d'espérance de vie légèrement plus importants chez les hommes que chez les femmes. Ceci est associé au rapprochement des modes de vie masculins et féminins, notamment en matière de tabagisme et d'activité professionnelle [3] [5].

Les écarts d'espérance de vie entre groupes sociaux concernent les deux sexes mais sont beaucoup moins marqués chez les femmes

Les groupes sociaux les plus favorisés, en termes de diplôme ou de catégorie socioprofessionnelle, ont une espérance de vie plus élevée que les groupes les moins favorisés. Mais les écarts sont beaucoup moins marqués chez les femmes que chez les hommes. Ainsi, au plan national selon les conditions de mortalité observées en 2009-2013, l'écart d'espérance de vie à 35 ans entre cadres et ouvriers s'élève à 3,2 ans pour les femmes alors qu'il atteint 6,4 ans pour les hommes.

Quel que soit leur diplôme ou catégorie sociale, les femmes ont une espérance de vie à 35 ans supérieure à celle des hommes. Les femmes ouvrières vivent ainsi en moyenne un an de plus que les

¹ Décès par cancer du poumon, cancer des VADS, psychose alcoolique, cirrhose alcoolique, accident de la circulation, chute, suicide, sida.



hommes cadres, et l'espérance de vie des femmes sans diplôme est proche de celles des hommes ayant un diplôme supérieur au baccalauréat [6].

Toutefois, si les écarts d'espérance de vie entre groupes sociaux apparaissent plus marqués chez les hommes que chez les femmes, d'importantes inégalités sociales de santé sont également observées chez ces dernières (encadré 2, page 12).

Les femmes vivent plus longtemps avec des limitations fonctionnelles

► L'avantage des femmes en terme d'espérance de vie doit toutefois être nuancé eu égard aux conditions de santé dans lesquelles sont vécues ces années de vie supplémentaires. Si l'on considère l'espérance de vie sans incapacité (EVSI), c'est-à-dire sans limitations dans les activités de la vie courante, cette espérance de vie atteint 64,4 ans chez les femmes et 62,6 ans chez les hommes en France en 2015. L'écart d'EVSI entre hommes et femmes n'est ainsi que de 1,8 an alors que l'écart d'EV dépasse 6 ans. Les années supplémentaires vécues par les femmes sont donc majoritairement associées à une santé dégradée [7].

► En 2014, 25 % des femmes de la région âgées de 15-75 ans déclaraient être limitées (fortement ou non) dans leurs activités habituelles contre 19 % des hommes. Cependant, si l'on considère le fait de se déclarer *fortement* limité, cette différence selon le sexe n'est pas retrouvée [8].

Cette plus grande fréquence des limitations fonctionnelles chez les femmes est à rapprocher des écarts observés en matière de morbidité. Ainsi, les femmes sont plus souvent concernées par des pathologies avec un impact fort sur l'état fonctionnel et la qualité de vie (atteintes ostéoarticulaires, troubles anxiodépressifs, troubles cognitifs liés à la Maladie d'Alzheimer ou d'autres démences...). Par contre, les hommes sont plus souvent affectés par des pathologies, certes invalidantes, mais qui se caractérisent aussi par une forte létalité (maladies cardiovasculaires, cancers, traumatismes/accidents...) [3] [9] [10].

Les femmes se perçoivent plus souvent en mauvaise santé

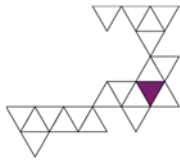
Bien que les femmes présentent une plus grande longévité et une plus grande espérance de vie sans incapacité, les travaux nationaux mettent en évidence qu'elles ne déclarent pas moins de problèmes de santé, qu'elles ont une moins bonne perception de leur santé, et qu'elles se considèrent de fait plus souvent en mauvaise santé [11] [12]. Toutefois dans les Pays de la Loire, ces résultats doivent être considérés avec prudence car, selon les données de l'enquête Baromètre santé 2014, la probabilité d'avoir une perception positive de sa santé n'était pas différente entre les hommes et les femmes de la région (toutes choses égales par ailleurs) [8].

Les femmes sont plus proches du système de santé et ont plus souvent recours à des pratiques préventives

► Les femmes apparaissent de façon générale plus proches du système de santé que les hommes. Cette proximité peut notamment être mise en lien avec les suivis spécifiquement liés à la santé sexuelle et reproductive (contraception, maternité... ; encadré 1), ainsi qu'avec la gestion du suivi médical de leurs enfants et de leurs proches en perte d'autonomie.

Cette proximité du système de santé se traduit notamment par une plus forte participation des femmes aux dépistages, en dehors de ceux qui leur sont spécifiques (frottis cervico-utérin, mammographie). Ainsi comme en France, le taux de participation des femmes de la région au dépistage organisé du côlon-rectum est supérieur à celui des hommes (écart de 2 à 4 points entre les deux sexes selon les départements de la région) [13].

Concernant les recours aux soins en secteur libéral parmi les personnes âgées de 15 ans et plus, les femmes de la région sont plus nombreuses à avoir consulté au moins une fois dans l'année un médecin



généraliste (94 % vs 88 % des hommes, à structure par âge comparable²), un médecin exerçant une autre spécialité hors gynécologue (74 % vs 59 %), un chirurgien-dentiste (47 % vs 40 %) ou encore un masseur-kinésithérapeute (22 % vs 17 %) [14].

Par contre, les femmes ont quel que soit leur âge moins souvent recours aux services d'urgences que les hommes et, hormis entre 15 et 44 ans en raison des recours liés à la maternité (encadré 1), elles sont moins souvent hospitalisées en service de court séjour³ [15] [16]. Cette situation est à rapprocher des écarts de morbidité entre les deux sexes.

ENCADRÉ 1. La santé sexuelle et reproductive

Avec plus de 42 000 naissances en 2015 dans la région, la santé reproductive motive une part importante des recours aux soins des femmes. Les Pays de la Loire sont notamment l'une des régions françaises les plus fécondes, l'indicateur conjoncturel de fécondité s'élève à 2,04 enfants par femme (1,98 en France métropolitaine en 2014) [17].

Dans la région comme en France, l'âge moyen des mères à la naissance ne cesse d'augmenter et s'établit pour les Ligériennes à 30,3 ans en 2014. Cette élévation augmente le risque de prématurité, mais est aussi l'une des causes du recours plus fréquent à l'assistance médicale à procréation (AMP), qui concerne actuellement plus de 3 % des naissances régionales [18].

Les méthodes de contraception se sont diversifiées au cours des dernières décennies, avec notamment "l'arrivée" de nouvelles méthodes hormonales (implant, patch, anneau vaginal...), la légalisation de la stérilisation à visée contraceptive ou l'accès à la contraception d'urgence en pharmacie sans prescription médicale. Même si son usage est en recul, la pilule reste en France en 2016 la méthode contraceptive la plus souvent utilisée devant le dispositif intra-utérin et le préservatif [19]. Dans les Pays de la Loire, en 2010, 93 % des femmes de 15-49 ans a priori concernées déclaraient utiliser un moyen de contraception de façon systématique, dont 53 % la pilule et 24 % le stérilet. Chez les jeunes femmes de 15-25 ans, l'usage de la pilule s'élevait à 86 % [20].

La région se caractérise par le taux de recours à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) le plus faible des régions françaises. 8 161 IVG ont été réalisées en 2016 dans la région, soit en moyenne 10 IVG pour 1 000 femmes de 15-49 ans [21].

Les femmes âgées vivent plus souvent seules et sont plus souvent concernées par la fragilité et la dépendance

Du fait d'une espérance de vie plus longue (à 75 ans, elle atteint 14,6 ans chez les femmes et 12 ans chez les hommes), les Ligériennes vivent plus souvent que leurs homologues masculins seules à leur domicile ou en institution. Ainsi, 46 % des femmes âgées de 75 ans et plus vivent seules à leur domicile et 15 % dans un établissement pour personnes âgées, contre respectivement 20 % et 8 % des hommes du même âge [22].

Les situations de **multimorbidité** sont plus fréquentes chez l'homme. Au plan national, le cumul d'au moins trois pathologies chroniques est retrouvé chez 18 % des hommes de 75-79 ans et 30 % de ceux âgés de 85-89 ans, contre respectivement 9 % et 18 % des femmes [23].

Avant 80 ans, les situations de **dépendance** sont moins fréquentes chez les femmes que chez les hommes. Mais au-delà de cet âge, à partir duquel la prévalence de la dépendance augmente fortement, les femmes sont les plus concernées. En 2010, le taux régional estimé de dépendance s'élevait à environ 30 % chez les femmes de 85-89 ans et 50 % chez celles âgées de 90-94 ans contre respectivement environ 25 % et 40 % chez les hommes de ces classes d'âge [24].

² Calculé sur une structure d'âge identique pour les hommes et les femmes, afin de tenir compte du fait que les femmes sont plus nombreuses aux âges élevés.

³ Services de médecine, chirurgie, obstétrique.



Dans l'objectif de prévenir le déclin fonctionnel et d'anticiper la prise en charge des personnes âgées à risque d'entrée dans la dépendance, le repérage des personnes en situation de fragilité est un enjeu important. Les femmes sont, à âge comparable, plus souvent concernées que les hommes par des situations de **fragilité**. Selon des enquêtes nationales réalisées en 2008 et 2012, la prévalence de la fragilité, identifiée sur la base de plusieurs critères (faiblesse musculaire, fatigue, lenteur de marche, sédentarité, perte de poids), s'établit autour de 13 à 16 % chez les femmes contre 7 à 8 % chez les hommes, parmi les personnes non dépendantes âgées de 55 ans et plus [25].

2. Problèmes de santé et pathologies

Les différences d'espérance de vie selon le sexe résultent principalement d'une plus grande fréquence chez les hommes, des accidents et traumatismes d'une part, et des pathologies chroniques à forte létalité d'autre part.

Les accidents et morts violentes plus fréquents chez les hommes

En lien avec leurs modes de vie et comportements (activités sportives, prises de risque, loisirs, alcoolisations...), les hommes sont plus souvent victimes d'**accidents** que les femmes. Cette situation est liée à une plus grande fréquence chez les hommes, surtout avant 45 ans, des accidents de la circulation, des accidents de sport et ceux liés au travail [26]. En 2010, parmi les Ligériens âgés de 15-25 ans, 23 % des garçons déclaraient avoir été victimes dans l'année d'un accident ayant entraîné un recours aux soins contre 13 % des filles [27]. Par contre, en population âgée, la fréquence des accidents est plus élevée chez les femmes que chez les hommes, en particulier celle des accidents domestiques liés à une chute [26] [28].

Les conséquences des accidents sont de gravité variable, allant de lésions bénignes ne nécessitant aucun recours aux soins à de traumatismes lourds exigeant une hospitalisation et pouvant être à l'origine d'un handicap ou d'un décès. En matière de mortalité accidentelle, l'écart entre hommes et femmes est particulièrement marqué avec un taux masculin (standardisé sur l'âge) de mortalité plus de trois fois supérieur au taux féminin pour les accidents de la circulation et 1,9 fois supérieur pour les accidents de la vie courante [2].

Parmi les autres morts violentes, les **suicides** sont également plus souvent le fait des hommes, le ratio de mortalité entre les deux sexes dépasse 3,5 dans la région.

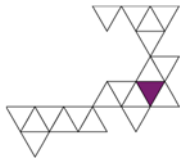
Enfin, même s'ils restent moins fréquents (une vingtaine par an dans la région), les décès par homicide concernent des hommes dans près de 60 % des cas [29].

Les maladies chroniques les plus fréquentes et les plus graves, et notamment celles à forte létalité touchent beaucoup plus souvent les hommes

Les femmes se déclarent plus souvent que les hommes atteintes d'une maladie ou d'un problème de santé chronique (34 % vs 27 % des hommes, parmi les 15-75 ans, en 2014)⁴ [8].

Mais si l'on considère les maladies chroniques les plus fréquentes et les plus graves, en particulier celles nécessitant des traitements de longue durée ou celles à forte létalité (maladies cardiovasculaires, cancers...), les femmes sont moins souvent affectées que les hommes. Globalement, la proportion de

⁴ Le fait de déclarer un problème de santé chronique peut toutefois recouvrir des problèmes très divers et de gravité variable (troubles de la vue corrigés, problèmes dentaires, hypercholestérolémie, surpoids...).



personnes en **affection de longue durée** (ALD)⁵ en raison d'une pathologie nécessitant un traitement prolongé et particulièrement coûteux atteint 18 % chez les hommes contre 14 % chez les femmes de la région (à structure par âge comparable). À 45 ans, cette proportion est proche entre les hommes et les femmes (environ 10 %). Avec l'avancée en âge, les écarts entre les deux sexes se creusent et, au-delà de 65 ans, 56 % des hommes sont en ALD contre 42 % des femmes [30].

► Les **maladies cardiovasculaires**, qui constituent l'un des principaux problèmes de santé de la population ligérienne, sont plus fréquentes chez les hommes. Ainsi, à structure par âge comparable, le taux d'admissions en ALD pour maladie cardiovasculaire est, dans la région comme en France, deux fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes [31]. L'écart est particulièrement important avant l'âge de 65 ans (ratio standardisé=3). Il est plus marqué pour les cardiopathies ischémiques (ratio standardisé *tous âges confondus*=2,8) que pour les maladies vasculaires cérébrales et l'insuffisance cardiaque (ratio 1,5). En lien avec ces constats, la mortalité cardiovasculaire avant 65 ans est trois fois plus élevée chez les hommes.

► Les **cancers** sont également plus fréquents chez l'homme. Le taux masculin d'admissions en ALD pour cancer est 1,3 fois supérieur au taux féminin (à structure par âge comparable). L'écart hommes/femmes est encore plus marqué pour la mortalité par cancer, avec un ratio proche de 2, les hommes étant plus souvent touchés par des cancers de mauvais pronostic.

Chez les femmes, le **cancer du sein** est particulièrement fréquent et grave, au premier rang en matière de morbidité et de mortalité cancéreuse (3 500 Ligériennes admises en ALD et 680 décès en moyenne par an). Il touche souvent des femmes relativement jeunes (57 % femmes admises en ALD pour cette maladie ont moins de 65 ans).

Chez les hommes, le **cancer de la prostate** est le plus fréquent des cancers (2 500 Ligériens admis en ALD et 560 décès en moyenne par an). En raison de sa moindre létalité, il n'arrive toutefois qu'au second rang des causes de décès par cancer, après le **cancer du poumon**.

Ce dernier, dont le tabagisme constitue le principal facteur de risque, est un cancer au pronostic particulièrement sombre. Sa fréquence reste nettement plus élevée chez les hommes (chaque année en moyenne : 1 000 hommes et 430 femmes admis en ALD ; 1 100 décès masculins et 380 décès féminins). Mais cet écart se réduit, en raison de l'incidence croissante de ce cancer chez les femmes depuis 1980 en lien avec l'évolution des comportements tabagiques.

Concernant le **cancer colorectal**, qui constitue le second cancer le plus fréquent chez la femme et le troisième chez l'homme, sa morbidité est 1,6 à 1,7 fois plus élevée chez les hommes que chez les femmes.

La situation entre hommes et femmes est également contrastée pour les cancers dont la consommation d'alcool constitue un facteur de risque majeur, avec une morbidité masculine environ 4,5 fois supérieure pour le **cancer du foie** et environ 5 à 6 fois supérieure pour les **cancers des voies aérodigestives supérieures**⁶.

► Concernant les affections et les facteurs de risque métaboliques, les hommes sont globalement davantage concernés par la surcharge pondérale et le diabète.

À 5-6 ans, la prévalence de la **surcharge pondérale** (obésité incluse) apparaît dans la région, comme en France, plus élevée parmi les filles (11 % vs 7 % parmi les garçons en 2012-2013) [32]. Par contre, à l'âge adulte, les hommes sont plus souvent concernés par une surcharge pondérale (45 % vs 32 % des femmes âgées de 15-75 ans en 2014⁷). L'écart s'observe surtout pour le surpoids (36 % vs 24 %) et il n'existe pas de différence significative entre les deux sexes pour la prévalence de l'obésité [8].

⁵ Il s'agit d'affections dont la gravité et/ou le caractère chronique nécessitent un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, et pour lesquelles il y a exonération du ticket modérateur (c'est-à-dire une prise en charge à 100 % par rapport au tarif de l'assurance maladie). La liste d'affections, définie par décret, comprend trente causes d'exonération différentes.

⁶ Lèvres, cavité buccale, pharynx, larynx, œsophage.

⁷ Ces prévalences doivent être considérées comme des minimums car elles sont établies à partir du poids et de la taille déclarés, et non mesurés.



Cette situation masculine est notamment à rapprocher de leurs habitudes alimentaires moins favorables à la santé (cf. page 11).

Le **diabète** de type 2, qui survient dans un contexte de forte prédisposition familiale mais dont l'émergence chez l'adulte après 40 ans est notamment favorisée par la sédentarité et la surcharge pondérale, touche également plus souvent les hommes. Ainsi en 2015, parmi les assurés du régime général, 5,3 % des hommes ont été pris en charge pour diabète⁸ contre 3,8 % des femmes de la région, à structure par âge comparable [33].

Les troubles mentaux et du comportement s'expriment différemment entre les femmes et les hommes

Chez les femmes, la **souffrance psychologique** se manifeste plus fréquemment par un mal-être, des troubles dépressifs plus ou moins caractérisés, ou des pensées suicidaires, alors que chez les hommes, on se situe plutôt du côté de l'agi, avec des manifestations de prise de risque, violence contre autrui, suicide...

Ainsi, le Baromètre santé 2014 met en évidence chez les femmes de la région, une fréquence deux fois plus élevée des états de détresse psychologique (21 % vs 11 % chez les hommes de 15-75 ans) et de tentative de suicide déclarée (10 % au moins une au cours de la vie vs 5 %). La prévalence des pensées suicidaires au cours de l'année (7 %) n'est pas plus élevée chez les femmes que chez les hommes de la région, contrairement à ce qui est observé au plan national [8]. En revanche, le taux de Ligériens hospitalisés en service de court séjour pour tentative de suicide en 2015 est 1,3 fois plus élevé chez les femmes que chez les hommes [16].

Concernant les **affections psychiatriques caractérisées**, l'analyse des données régionales d'admissions en ALD et des motifs de prise en charge en établissement psychiatrique met en évidence que, à âge égal, les femmes sont plus souvent concernées que les hommes par les troubles névrotiques (notamment anxieux), les troubles de l'humeur (notamment dépressifs), la maladie d'Alzheimer ou d'autres démences.

Les hommes sont par contre plus souvent concernés que les femmes par les troubles envahissants du développement, les troubles de la personnalité ou du comportement (souvent diagnostiqués pendant l'enfance), les troubles schizophréniques (surtout chez les adolescents et les jeunes adultes) ou encore les troubles addictifs, principalement liés à l'usage d'alcool.

Les **suicides** concernent très majoritairement des hommes, le taux masculin de mortalité est trois à quatre fois supérieur au taux féminin (en moyenne chaque année : 570 décès masculins et 170 décès féminins parmi la population ligérienne) [2].

En lien avec ces différences de morbidité psychiatrique, les prises en charge de ces troubles sont différentes chez les hommes et les femmes.

Le taux de personnes suivies au moins une fois dans l'année par une équipe de soins des établissements psychiatriques n'est pas différent entre les hommes et les femmes de la région (3 % en 2015, à structure par âge comparable) [34].

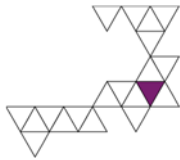
Par contre, les femmes ont plus souvent recours à un psychiatre libéral (2,8 % au moins une fois au cours de l'année 2015 vs 1,8 % des hommes, à structure par âge comparable) [14].

En outre, comme en France, les femmes des Pays de la Loire ont un usage plus fréquent des médicaments **psychotropes**, en dehors d'une pathologie psychiatrique⁹ (en 2015, antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur : 6,6 % vs 3,1 % des hommes ; anxiolytiques : 6,9 % vs 3,7 % ; hypnotiques : 3,1 % vs 1,8 %¹⁰, à structure par âge comparable) [33].

⁸ Diabète de type 1 ou 2. Le diabète de type 2 représente 90 % des cas.

⁹ Pathologie prise en charge dans le cadre d'une hospitalisation en court séjour, en établissement de soins de psychiatrie, au titre d'une affection de longue durée (ALD) ou d'un traitement médicamenteux spécifique.

¹⁰ Données concernant seulement les bénéficiaires du régime général.



3. Comportements et mode de vie

Les facteurs qui déterminent l'état de santé des individus sont multiples. Le sexe¹¹ et le genre¹² font partie de ces déterminants, et vont interagir, tout au long de la vie, entre eux et avec d'autres facteurs (patrimoine génétique, influences sociales, comportements et habitudes de vie, environnement physique, conditions de travail, système de santé...).

Les déterminants liés aux comportements de santé, comme le tabagisme, l'usage d'alcool et la nutrition, jouent un rôle très important dans la survenue de pathologies. Des écarts notables entre hommes et femmes existent dans ce domaine.

Tabac, alcool et drogues illicites, plus souvent consommés par les hommes

En dehors des médicaments psychotropes, la consommation de substances psychoactives reste nettement plus fréquente chez les hommes, avec toutefois des écarts qui se sont réduits au cours des dernières décennies.

► Le **tabac** constitue un facteur de risque majeur pour la santé en favorisant voire en provoquant à long terme la survenue de nombreuses pathologies (maladies cardiovasculaires, cancers, maladies respiratoires). Son usage quotidien en population adulte est nettement plus fréquent chez les hommes : 29 % contre 20 % des femmes parmi les Ligériens de 15-75 ans [8]. L'écart est toutefois moins marqué chez les jeunes générations : à 17 ans, 38 % des garçons et 33 % des filles des Pays de la Loire sont fumeurs quotidiens en 2014 [36]. Au plan national, cette prévalence est même désormais équivalente entre garçons et filles [37].

Dans la région, la fréquence du tabagisme quotidien parmi la population adulte a suivi une tendance à la hausse au cours de la dernière décennie chez les femmes comme chez les hommes. Chez les jeunes âgés de 17 ans, une augmentation marquée de cette fréquence est observée depuis 2008.

► L'usage régulier ou excessif d'**alcool** est à l'origine à court, moyen et long terme de nombreux dommages sanitaires (accidents, pathologies digestives, maladies cardiovasculaires, cancers... [38]) et sociaux (perte d'emploi, violence...). Il est également plus répandu en population masculine. Les hommes des Pays de la Loire déclarent en effet cinq fois plus souvent un usage quotidien d'alcool (16 % vs 3 % parmi les 15-75 ans), deux à trois fois plus souvent des alcoolisations ponctuelles importantes (API) mensuelles¹³ (34 % vs 12 %) ou des ivresses répétées¹⁴ (18 % vs 7 %).

Si la consommation régulière d'alcool est en recul, la fréquence des ivresses est en augmentation chez les hommes et les femmes de la région âgés de 15-75 ans. Une hausse des API est également retrouvée chez les femmes [8]. Chez les adolescents âgés de 17 ans, une forte augmentation des alcoolisations massives et de l'usage régulier d'alcool est également observée entre 2011 et 2014 pour les garçons comme pour les filles de la région [39].

► L'usage de **drogues illicites** reste aussi majoritairement masculin. Les hommes plus souvent expérimentateurs de cannabis (50 % vs 31 % parmi les 15-64 ans) en adoptent plus souvent un usage régulier¹⁵ (6 % vs 1 %). L'expérimentation de drogues illicites, autres que le cannabis, concerne, parmi les Ligériens de 15-34 ans, deux fois plus souvent les hommes (26 %) que les femmes (13 %) [8].

¹¹ Désigne les caractéristiques biologiques.

¹² Correspond aux différences non biologiques, liées aux processus de construction sociale et culturelle et aux rapports sociaux entre les sexes [35].

¹³ API mensuelles : boire six verres de boissons alcoolisées, au moins une fois par mois.

¹⁴ Trois ivresses ou plus dans l'année.

¹⁵ Au moins dix fois au cours des trente derniers jours.



Dans les jeunes générations, ces écarts hommes/femmes sont toutefois moins marqués. En 2014, parmi les Ligériens âgés de 17 ans, 57 % des garçons déclarent avoir déjà expérimenté le cannabis, 15 % une autre drogue illicite¹⁶ et 15 % déclarent un usage régulier de cannabis. Ces proportions sont respectivement égales à 45 %, 8 % et 6 % chez les filles de cet âge [40]. Comme en France, les usages de cannabis ont fortement augmenté depuis 2008 chez les jeunes de la région, et cette hausse concerne les garçons comme les filles [40].

Des habitudes alimentaires moins favorables chez les hommes, mais une activité physique plus importante

L'alimentation et l'activité physique jouent un rôle scientifiquement établi dans l'apparition et le développement de nombreuses maladies chroniques fréquentes aujourd'hui.

L'activité physique prévient le surpoids et l'obésité, elle diminue le risque de diabète, de maladies cardiovasculaires, d'ostéoporose et de certains cancers. Elle améliore aussi la santé mentale, en réduisant notamment l'anxiété et les troubles dépressifs.

Les facteurs alimentaires peuvent constituer des facteurs protecteurs de la santé ou à l'inverse des facteurs délétères. Une alimentation équilibrée diminue le risque de pathologies chroniques (diabète, maladies cardiovasculaires, cancers...).

► Selon les résultats de l'enquête nationale Inca 3¹⁷ réalisée en 2014-2015, des disparités en matière de **comportement alimentaire** sont observées entre hommes et femmes dès l'adolescence. Les habitudes alimentaires des femmes apparaissent plus en adéquation avec les repères du Plan national nutrition santé -PNNS- (consommation plus fréquente de volailles, yaourts et fromages blancs, compotes, soupes, jus de fruit, boissons chaudes...) que celles des hommes (consommation plus fréquente d'aliments et boissons sucrés, charcuteries, viandes hors volaille, aliments type « snack », boissons alcoolisées...). Les femmes ont par ailleurs plus souvent recours à des compléments alimentaires et une meilleure connaissance des repères alimentaires du PNNS [41].

► Par contre, les femmes pratiquent moins d'**activité physique**. En 2014, 29 % des femmes des Pays de la Loire âgées de 15-75 ans déclarent pratiquer « tous les jours ou presque » une activité physique pendant au moins trente minutes consécutives, contre 37 % des hommes ligériens [8]. Un constat analogue est retrouvé dans les deux enquêtes nationales récentes, Inca 3 et Esteban¹⁸ 2015. Cette dernière met en outre en évidence qu'au cours des dix dernières années, le niveau d'activité physique est en recul chez les femmes, quel que soit leur âge, alors qu'il est stable chez les hommes, et même en augmentation chez ceux âgés de 40-54 ans [42]. Par ailleurs, selon ces travaux, les femmes ont une moindre connaissance du repère du PNNS sur l'activité physique [41].

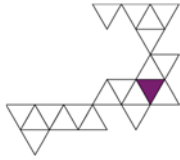
► Les enquêtes nationales Inca 3 et Esteban, qui offrent des données récentes en matière de **sédentarité**, ne mettent pas en évidence de différence entre hommes et femmes en population adulte. Concernant plus spécifiquement le temps quotidien passé sur écran¹⁹ en dehors du cadre professionnel, celui-ci a fortement augmenté ces dix dernières années chez les hommes, et de façon encore plus marquée chez les femmes qui présentaient en 2006 un niveau plus faible que ces derniers [42].

¹⁶ Au moins une autre drogue parmi les champignons hallucinogènes, ecstasy, amphétamines, LSD, crack, cocaïne ou héroïne.

¹⁷ Étude individuelle nationale des consommations alimentaires 3 (Inca 3).

¹⁸ Étude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition (Esteban).

¹⁹ Télévision, ordinateur, console de jeux vidéo.



Risques pour la santé liés au travail : les écarts hommes/femmes se réduisent

Le secteur d'activité, le type d'emploi occupé, les conditions d'exercice, ainsi que le parcours professionnel des hommes et des femmes restent très différenciés, les problèmes de santé liés au travail sont ainsi pour partie différents selon le sexe.

Les **troubles musculosquelettiques** (TMS), qui constituent la grande majorité des maladies professionnelles reconnues par la sécurité sociale, sont plus fréquents chez les femmes que chez les hommes. Les femmes occupant un poste d'ouvrière sont particulièrement concernées [43]. Dans les Pays de la Loire, selon un recensement des maladies à caractère professionnel (MCP) réalisé par les médecins du travail, la prévalence des TMS, qui est en progression, s'élève en 2013-2014 à 4,8 pour 100 salariés chez les femmes contre 2,8 chez les hommes [44] [45].

Les femmes sont également plus souvent concernées par les situations de **souffrance psychique au travail**. La prévalence de ces situations, mesurée par le dispositif régional des MCP, a connu une forte augmentation au cours des années récentes, chez les hommes comme chez les femmes. En 2013-2014, la prévalence des situations de souffrance psychique au travail atteint 4,5 pour 100 salariés chez les femmes contre 2,5 chez les hommes.

Les **accidents du travail** concernent plus souvent les hommes, en lien avec des secteurs d'activité plus à risque (construction, industrie, transport, intérim) et d'une plus forte occupation de postes d'ouvriers. Dans les Pays de la Loire en 2010, à durée égale d'exposition, la fréquence des accidents du travail est 1,8 fois plus élevée chez les salariés masculins que chez leurs homologues féminins [46]. Toutefois, l'écart hommes/femmes se réduit, la fréquence des accidents du travail est au plan national en forte baisse chez les hommes alors que chez les femmes elle est plutôt stable, voire tend à augmenter [47].

ENCADRÉ 2. Inégalités sociales de santé chez les hommes et les femmes

En France, si l'on considère la mortalité globale, les groupes sociaux les moins favorisés présentent des indicateurs moins favorables que les groupes les plus favorisés, et les écarts entre groupes sociaux sont plus importants chez les hommes que chez les femmes. Ce constat se retrouve pour la mortalité par morts violentes (suicides, accidents, homicides...) et pour la mortalité par cancer. Pour la mortalité par maladies cardiovasculaires et plus particulièrement pour les cardiopathies ischémiques, les inégalités sociales apparaissent par contre plus élevées chez les femmes que chez les hommes [48].

Concernant l'obésité dont la prévalence est nettement plus élevée dans les milieux sociaux les moins favorisés, les disparités entre groupes sociaux apparaissent également plus marquées chez les femmes que chez les hommes [49] [50].

Des différences sont également retrouvées en matière de consommation régulière de tabac ou d'alcool.

Le tabagisme quotidien apparaît, chez les hommes comme chez les femmes, plus fréquent dans les groupes sociaux les moins favorisés.

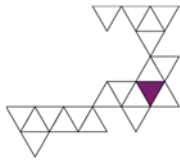
Pour la consommation régulière d'alcool, un constat analogue est retrouvé chez les hommes. Par contre, cette pratique apparaît liée chez les femmes au fait d'appartenir à une catégorie socioprofessionnelle favorisée et, au-delà de 45 ans, à un niveau de diplôme supérieur au baccalauréat.

Enfin, chez les hommes comme chez les femmes, la situation de chômage est corrélée à la consommation régulière de tabac et d'alcool [51].

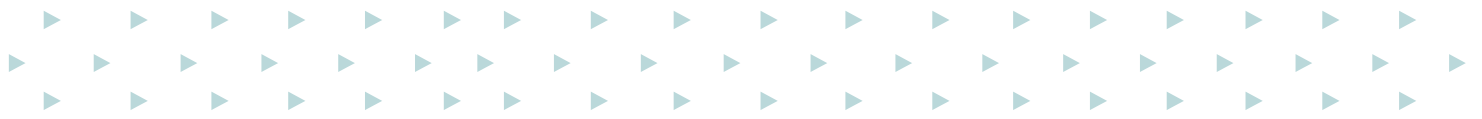


Bibliographie

- [1] Insee. Séries régionales et départementales. Démographie. [En ligne]. <http://www.bdm.insee.fr/bdm2/choixTheme;jsessionid=CF7E1CBB0EC297DF679BB0841D431FF4?code=412#arbo:montrerbranches=theme412/theme414/theme430>.
- [2] Inserm CépiDc. Bases nationales des causes médicales de décès, exploitation ORS Pays de la Loire.
- [3] Hamel C, Rault W. (2014). Les inégalités de genre sous l'œil des démographes. *Population & Sociétés*. Ined. n° 517. 4 p.
- [4] Cambois E. (2016). Des inégalités sociales de santé moins marquées chez les femmes que chez les hommes : une question de mesure ? *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. vol. 64, Suppl. 1. S75-S85.
- [5] Insee. (2016). Espérance de vie - Mortalité. In *Tableaux de l'économie française. Édition 2016*. Éd. Insee. pp. 34-35.
- [6] Blanpain N. (2016). Les hommes cadres vivent toujours 6 ans de plus que les hommes ouvriers. *Insee Première*. Insee. n° 1584. 4 p.
- [7] Robine JM, Cambois E. (2017). Estimation de l'espérance de vie sans incapacité en France en 2015 et évolution depuis 2004 : impact de la diminution de l'espérance de vie en 2015. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*. InVS. n° 16-17. pp. 294-300.
- [8] ORS Pays de la Loire. (2016). Baromètre santé 2014. Résultats Pays de la Loire. 101 p.
- [9] Duport N, Boussac-Zarebska M, Develay AE, et al. (2013). Maladie d'Alzheimer et démences apparentées : taux d'ALD, de patients hospitalisés et de mortalité en France métropolitaine, 2007 et 2010. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*. InVS. n° 30. pp. 361-368.
- [10] Célan N, Guillaume S, Rochereau T. (2014). Enquête sur la santé et la protection sociale 2012. Irdes. 302 p. (Rapport n° 556).
- [11] Montaut A. (2010). Santé et recours aux soins des femmes et des hommes. Premiers résultats de l'enquête Handicap-Santé 2008. *Études et Résultats*. Drees. n° 717. 8 p.
- [12] Drees, Santé publique France. (2017). Principales causes de décès et de morbidité. In *L'état de santé de la population en France. Rapport 2017*. pp. 96-108.
- [13] Santé publique France. (2017). Taux de participation au programme de dépistage organisé du cancer colorectal 2015-2016. [En ligne]. <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Cancers/Evaluation-des-programmes-de-depistage-des-cancers/Evaluation-du-programme-de-depistage-du-cancer-colorectal/Indicateurs-d-evaluation/Taux-de-participation-au-programme-de-depistage-organise-du-cancer-colorectal-2015-2016>.
- [14] Cnamts. Sniiram (Système national d'information interrégimes de l'assurance maladie), exploitation ORS Pays de la Loire.
- [15] ORU (Observatoire régional des urgences) Pays de la Loire. (2016). Panorama 2015. 62 p.
- [16] Bases nationales PMSI MCO, ATIH, exploitation ORS Pays de la Loire.
- [17] Insee. État civil. [En ligne]. <http://www.insee.fr>.
- [18] Agence de la biomédecine. (2016). Activité régionale d'assistance médicale à la procréation. Édition octobre 2016. 16 p.
- [19] Rahib D, Le Guen M, Lydié N. (2017). Baromètre santé 2016. Contraception. Quatre ans après la crise de la pilule, les évolutions se poursuivent. Santé publique France. 8 p.
- [20] ORS Pays de la Loire. (2012). Vie affective et sexuelle, contraception et prévention des infections sexuellement transmissibles. Baromètre santé jeunes Pays de la Loire 2010. 12 p.
- [21] Vilain A. (2017). 211 900 interruptions volontaires de grossesse en 2016. *Études et Résultats*. Drees. n° 1013. 6 p.
- [22] Chaillot P, Hamzaoui L. (2017). Inégalités femmes-hommes du baccalauréat à la retraite. *Insee Flash Pays de la Loire*. Insee Pays de la Loire. n° 65. 2 p.
- [23] Cnamts. (2015). Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : propositions de l'Assurance Maladie pour 2016. Rapport au ministre chargé de la sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et produits de l'Assurance Maladie au titre de 2016 (loi du 13 août 2004). 189 p.
- [24] Bonnefoy V, Fouchard C, Soulas O. (2012). Pays de la Loire : 33 000 personnes âgées dépendantes supplémentaires d'ici 2030. *Études*. Insee Pays de la Loire. n° 101. 6 p.
- [25] Perrine AL, Le Cossec C, Fuhrman C, et al. (2017). Fragilité et multimorbidité : peut-on utiliser les grandes enquêtes françaises en population pour la production de ces indicateurs ? Analyse des données d'ESPS 2012 et HSM 2008. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*. Santé publique France. n° 16-17. pp. 301-310.
- [26] Richard JB, Thélot B, Beck F. (2012). Les accidents en France. Résultats du Baromètre santé 2010. Association des épidémiologistes de langue française - Adelf. Bruxelles, 12-14 septembre 2012. InVS, Inpes. 12 p. [Diaporama].
- [27] ORS Pays de la Loire. (2013). Environnement, santé et bien-être, souffrance psychique, violences et accidents. Baromètre santé jeunes Pays de la Loire 2010. 20 p.
- [28] InVS. (2007). Numéro thématique - Épidémiologie et prévention des chutes chez les personnes âgées. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*. n° 37-38. pp. 317-332.



- [29] Inserm CépiDc. Interrogation des données sur les causes de décès. [En ligne]. <http://www.cepidc.inserm.fr/inserm/html/index2.htm>.
- [30] Cnamts. Affection de longue durée (ALD). Prévalence 2015, exploitation ORS Pays de la Loire.
- [31] Cnamts, CCMSA, RSI. Bases nationales des Affections de longue durée (ALD) : admissions, exploitation ORS Pays de la Loire.
- [32] Enquête nationale de santé auprès des élèves de grande section de maternelle (année scolaire 2012-2013). Données Pays de la Loire, Drees-DGESCO, exploitation ORS Pays de la Loire.
- [33] Cnamts. Cartographie des pathologies et des dépenses. [En ligne]. <http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/etudes-en-sante-publique/cartographie-des-pathologies-et-des-depenses/index.php>.
- [34] Bases nationales RIM-P (Recueil d'information médicale en psychiatrie), ATIH, exploitation ORS Pays de la Loire.
- [35] Merchant J, Vidal C, Inserm. (2016). Sexe, genre et santé. Dossier. [En ligne]. <https://www.inserm.fr/thematiques/sante-publique/dossiers-d-information/sexe-genre-et-sante>.
- [36] ORS Pays de la Loire. (2016). La consommation de tabac des jeunes dans les Pays de la Loire. 6 p.
- [37] OFDT. Enquête ESCAPAD (Enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la défense). [En ligne]. <http://www.ofdt.fr/enquetes-et-dispositifs/escapad/>.
- [38] Guérin S, Laplanche A, Dunant A, *et al.* (2013). Mortalité attribuable à l'alcool en France en 2009. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*. InVS. n° 16-17-18. pp. 163-168.
- [39] ORS Pays de la Loire. (2015). La consommation d'alcool des jeunes dans les Pays de la Loire. 8 p.
- [40] ORS Pays de la Loire. (2016). La consommation de cannabis et des autres drogues illicites chez les jeunes dans les Pays de la Loire. 6 p.
- [41] Anses. (2017). Étude individuelle nationale des consommations alimentaires 3 (INCA 3). Avis de l'Anses. Rapport d'expertise collective. 564 p.
- [42] Esen (Équipe de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle), Santé publique France. (2017). Étude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition (Esteban) 2014-2016. Volet nutrition. Chapitre Activité physique et sédentarité. 58 p.
- [43] Garoche B. (2016). L'exposition des salariés aux maladies professionnelles. *Dares Résultats*. Dares. n° 081. 8 p.
- [44] Gautier L, Tassy V, Plaine J, *et al.* (2015). Surveillance des maladies à caractère professionnel. Quinzaine MCP. Résultats 2013 et 2014. *MCP. Les maladies à caractère professionnel en région Pays de la Loire*. Direccte Pays de la Loire, InVS. n° 9. 4 p.
- [45] Chiron É, Touranchet A, Valenty M. (2008). Les maladies à caractère professionnel (MCP) dans les Pays de la Loire. Résultats 2006. DRTEFP Pays de la Loire. 4 p. (Études et dossiers).
- [46] Perrier E. (2015). Les accidents du travail et les maladies professionnelles en Pays de la Loire 2010. *Dirreccte Analyses Pays de la Loire*. Direccte Pays de la Loire. n° 1. 40 p.
- [47] Chappert F, Therry P. (2017). Photographie statistique des accidents de travail, des accidents de trajet et des maladies professionnelles en France selon le sexe entre 2001 et 2015. Des tendances d'évolution différenciées pour les femmes et les hommes. *Anact*. 16 p.
- [48] Saurel-Cubizolles MJ, Chastang JF, Menvielle G, *et al.* (2009). Social inequalities in mortality by cause among men and women in France. *Journal of Epidemiology and Community Health*. vol. 63, n° 3. pp. 197-202.
- [49] Montaut A, Danet S. (2011). Les inégalités sociales de santé en France. Exploitation de l'enquête Handicap-Santé 2008. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*. InVS. n° 8-9. pp. 75-78.
- [50] de Saint Pol T. (2008). Obésité et milieux sociaux en France : les inégalités augmentent. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*. InVS. n° 20. pp. 175-179.
- [51] Richard JB, Beck F. (2016). Tendances de long terme des consommations de tabac et d'alcool en France, au prisme du genre et des inégalités sociales. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*. InVS. n° 7-8. pp. 126-133.



Santé des hommes et des femmes en Pays de la Loire

Quelles différences ?

Cette étude a été réalisée par l'ORS à l'intention du Conseil économique social environnemental dans le cadre de l'élaboration d'un rapport sur l'égalité hommes/femmes.

Elle décrit les principaux points communs et différences entre les hommes et les femmes des Pays de la Loire en matière de santé, ainsi que les tendances évolutives dans ce domaine.

Elle a été cofinancée par l'Agence régionale de santé et le Conseil régional des Pays de la Loire.

