

FEMMES & SANTÉ

BILAN 2012-2017

Sommaire

GARANTIR LES DROITS SEXUELS ET REPRODUCTIFS	3
Promouvoir les droits	3
Lever les obstacles financiers à l'accès à la contraception et à l'IVG par le remboursement intégral.....	4
Développer l'offre de proximité et simplifier le parcours des femmes.....	4
PRÉVENIR LES RISQUES SPÉCIFIQUES	5
Promouvoir les comportements favorables à la santé.....	5
Renforcer la protection des femmes enceintes et des enfants à naître	5
MALADIES CHRONIQUES : PRÉVENIR ET AMÉLIORER LES DROITS DES PATIENTES.....	7
Mieux dépister les cancers, déployer le droit à l'oubli	7
Améliorer le diagnostic de l'endométriose et la prise en charge	8
AMÉLIORER L'ACCÈS AUX SOINS ET GARANTIR UNE PRISE EN CHARGE DE QUALITÉ ..	9
Améliorer de la protection maternité/paternité des médecins libéraux.....	9
Généraliser le tiers-payant & autonomiser les droits	9
De nouvelles compétences pour un meilleur suivi des femmes en bonne santé par les sages-femmes	11
Mieux prendre en charge les victimes de violences	11
ETAT DE SANTÉ DES FEMMES	13

GARANTIR LES DROITS SEXUELS ET REPRODUCTIFS

Le droit à disposer de son corps est un droit fondamental. Pourtant, depuis les années 2000, des sites de désinformation des femmes fleurissent sur le web et l'accès à l'avortement est devenu plus difficile dans certains territoires.

Dès 2012, Marisol TOURAINE, ministre des Affaires sociales et de la Santé, a donc engagé des actions fortes pour que les femmes puissent concrètement avoir accès à la contraception et à l'IVG. Elle s'est également attachée à améliorer le pilotage et la coordination de ces actions, en lançant, en 2015, le premier programme national d'action pour améliorer l'accès à l'IVG. Ce programme définit trois priorités :

- améliorer l'information des femmes sur leurs droits ;
- simplifier et améliorer le parcours des femmes ;
- garantir une offre diversifiée sur tout le territoire.

Il prévoit également de renforcer le pilotage régional des actions en faveur de l'accès à l'IVG. Ainsi, chaque Agence régionale de santé (ARS) a formalisé fin 2016 un plan régional pour améliorer l'accès à l'IVG dans les territoires.

Promouvoir les droits

Quatre Français sur dix s'estiment insuffisamment informés sur l'IVG. Le manque d'information fait partie des principaux obstacles à l'accès à la contraception ou à l'IVG. Le ministère chargé de la santé a donc lancé deux campagnes d'information sur ces sujets :

- la première, en 2013, a rappelé la diversité des moyens de contraception et le droit pour chaque femme de choisir celui qui lui convient ;
- la seconde, en 2015, a concerné le droit des femmes à disposer de leur corps et a accompagné le lancement d'un numéro national d'information, anonyme et gratuit, sur les sexualités, la contraception et l'IVG (0800 08 11 11).

Ce numéro, accessible 6 jours sur 7, rencontre une large audience : plus de 20 000 appels traités depuis son lancement (bien au-delà de l'objectif initial fixé à 24 000 appels sur 3 ans)



Deux guides sont mis à la disposition des femmes et des professionnels de santé :

- un guide IVG médicamenteuse pour les médecins et des sages-femmes ;
- un guide regroupant un éventail d'informations utiles à destination des femmes.

Enfin, pour délivrer une information neutre et objective sur l'IVG, en plus du numéro d'information, le site internet www.ivg.social-sante.gouv.fr a été mis en ligne en 2013 et enrichi en 2015. Une nouvelle version de ce site sera présentée très prochainement.

D'autres sites internet, regroupant des informations fiables et complètes, sont mis à la disposition des Françaises et Français :

- Onsexprime.fr, un site sur la sexualité des jeunes. Il regroupe des informations fiables sur le corps, les relations amoureuses, le plaisir, la contraception, les infections sexuellement transmissibles, etc. ;
- ChoisirSaContraception.fr, pour s'informer sur les contraceptifs existants ;
- Le portail « santé sexuelle et reproductive » enfin, sur le site Internet du ministère des Affaires sociales et de la Santé.

Lever les obstacles financiers à l'accès à la contraception et à l'IVG par le remboursement intégral

Depuis 2012, Marisol TOURAINE a mis en place de nombreuses mesures pour lever les derniers freins à l'accès à la contraception et à l'IVG :

- à compter de 2013, les moyens de contraception sont gratuits pour les jeunes filles de plus de 15 ans. La délivrance en pharmacie de ces derniers est confidentielle pour celles qui le demandent. Cette mesure a permis de faciliter l'accès des mineures à la contraception et vise à réduire le nombre de grossesses non désirées chez les jeunes filles ;
- il n'y a plus d'avances de frais (la part remboursée par la sécurité sociale) pour les consultations ou les examens de biologie liés à la contraception pour les mineures ;
- la contraception d'urgence est gratuite pour les étudiantes ;
- la TVA sur les préservatifs a été baissée à 5 % (au lieu de 10 %).
- depuis avril 2016, les actes nécessaires pour une IVG (consultations, analyses, échographies, etc.) sont pris en charge à 100 % par la sécurité sociale, les tarifs des IVG réalisées en établissements de santé ont également été revalorisés ;
- les restrictions à la délivrance de la contraception d'urgence par les infirmeries scolaires du second degré sont supprimées depuis mai 2016.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 a facilité la prise en charge à 100 % par l'Assurance maladie de l'ensemble des actes liés à la contraception des mineures. Ainsi, en plus des contraceptifs proprement dits (pilule, implant, stérilet), les consultations médicales de prescription et les examens biologiques bénéficient de la gratuité et de la confidentialité.

Développer l'offre de proximité et simplifier le parcours des femmes

Suppression du délai minimal de réflexion

Le délai minimal de réflexion de sept jours imposé aux femmes avait pour conséquence d'entraver le choix de certaines femmes quant à la méthode et/ou le lieu de réalisation de l'IVG. Surtout, il laissait entendre que les femmes ne pouvaient pas décider par elles-mêmes d'avorter et stigmatisait le recours à l'IVG. La loi de modernisation de notre système de santé a supprimé ce délai minimal de sept jours, les laissant désormais libres de déterminer le temps dont elles ont besoin pour prendre la décision d'avorter. La mesure est effective depuis la promulgation de la loi.

Renforcement de l'offre de proximité

La garantie d'une offre diversifiée sur tout le territoire est une des priorités du programme national d'action pour améliorer l'accès à l'avortement présenté en 2015. Plusieurs mesures ont été inscrites dans la loi de modernisation de notre système de santé. Les médecins exerçant en centres de santé peuvent réaliser des IVG instrumentales, afin de renforcer l'offre de proximité et de ne pas limiter cette offre à l'IVG médicamenteuse. Les sages-femmes peuvent, quant à elles, réaliser des IVG médicamenteuses. Enfin, la loi a facilité la possibilité pour des professionnels libéraux de réaliser des IVG à l'hôpital, en complémentarité avec les équipes médicales assurant ces missions.

PRÉVENIR LES RISQUES SPÉCIFIQUES

Si les femmes vivent plus longtemps que les hommes, elles ne sont pas épargnées par les grands défis de santé publique auxquels fait face notre société (tabac, alcool, maladies chroniques...). Elles doivent également relever des défis spécifiques : risques pendant la grossesse, troubles du comportement alimentaire...

Promouvoir les comportements favorables à la santé

Paquet neutre / Lutter contre le marketing genré de l'industrie du tabac

La lutte contre le tabagisme fait l'objet d'un plan ambitieux, articulé autour de trois axes au sein du Programme national de réduction du tabagisme (PNRT), afin de protéger les jeunes et d'éviter leur entrée dans le tabagisme (paquets neutres de cigarettes, interdiction de fumer en voiture en présence d'enfants, interdiction de fumer dans les espaces publics de jeux et encadrement de la publicité pour les cigarettes électroniques), d'aider les fumeurs à arrêter de fumer (campagne d'information choc, implication des médecins traitants et meilleur remboursement du sevrage tabagique) et d'agir sur l'économie du tabac (fonds dédié aux actions de lutte contre le tabagisme, transparence sur les activités de lobbying, lutte contre le commerce illicite). Depuis le 1^{er} janvier 2017, et comme inscrit dans la loi de modernisation de notre système de santé, le paquet neutre sont les seuls paquets vendus dans les bureaux de tabac. Ils permettront de lutter contre les stratégies marketing qui visent directement les femmes (paquets « slim », couleurs pastel...). Depuis cette date, les cigarettes à capsules et aromatisés sont interdites. Les cigarettes mentholées (sans capsule) sont autorisées à la vente jusqu'au 20 mai 2020.

Anorexie mentale / Prévenir les troubles du comportement alimentaire

L'anorexie mentale (privation alimentaire stricte et volontaire) touche 30 000 à 40 000 personnes en France concerne 0,5 % des jeunes filles. Les images du corps valorisant de façon excessive la minceur ou la maigreur et stigmatisant les rondeurs contribuent indéniablement au mal-être, en particulier chez de nombreuses jeunes filles. Or l'apparence de certains mannequins contribue à diffuser des stéréotypes potentiellement dangereux pour les populations fragiles.

La loi de modernisation de notre système de santé rend donc obligatoire la mention « photo retouchée » sur les publicités lorsque la silhouette humaine a été amincie ou épaissie. Ces images retouchées peuvent conduire des personnes à croire à des réalités, qui très souvent, n'existent pas et les entretiennent dans la spirale de la maigreur extrême. La loi conditionne également l'exercice de l'activité de mannequin à une évaluation globale de l'état de santé de la personne, notamment au regard de son indice de masse corporelle (IMC).

Renforcer la protection des femmes enceintes et des enfants à naître

Tabac / Informer sur les risques, faciliter l'arrêt

Le programme national de réduction du tabagisme a prévu l'instauration d'un pictogramme « grossesse sans tabac » sur tous les contenants de tabac, afin d'informer des risques qu'implique le tabagisme sur la grossesse et l'enfant à naître : ces pictogrammes

sont apposés sur les paquets depuis février 2015. Pour faciliter la démarche d'arrêt et éviter la reprise après la grossesse, la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 autorise les sages-femmes à prescrire des substituts nicotiques à l'entourage des femmes enceintes. Enfin, la loi prévoit l'expérimentation d'une consultation d'aide à l'arrêt du tabac pour les femmes enceintes.

Alcool / Informer sur les risques, réduire la consommation,

Toutes les unités de conditionnement d'alcool doivent comporter un pictogramme préconisant l'absence de consommation d'alcool pendant la grossesse. En décembre 2016, le Comité interministériel du handicap a décidé d'optimiser la lisibilité et la visibilité de ce pictogramme afin qu'il ne soit pas noyé dans le packaging des unités de conditionnement.

La Direction générale de la santé a par ailleurs récemment coordonné la rédaction d'un guide à l'intention des professionnels de santé. Intitulé « [Alcool et grossesse : parlons-en](#) », ce guide s'adresse à tous les professionnels intervenant au contact des femmes qui manifestent un désir de grossesse ou qui sont enceintes : médecins généralistes, gynécologues-obstétriciens, sages-femmes, pédiatres...

MALADIES CHRONIQUES : PRÉVENIR ET AMÉLIORER LES DROITS DES PATIENTES

Mieux dépister les cancers, déployer le droit à l'oubli

Une rénovation profonde du programme de dépistage organisé du cancer du sein

En France, le cancer du sein est le plus fréquent chez la femme. C'est aussi la première cause de mortalité par cancer, avec près de 12 000 décès par an. Pourtant, s'il est détecté tôt, ce cancer est guéri dans 9 cas sur 10. Son dépistage est donc un enjeu majeur de santé publique. Le Plan cancer 2014-2019 a fixé l'objectif d'améliorer l'accès au dépistage des femmes qui ont de faibles revenus : leur recours aux examens de prévention et de dépistage est en effet plus faible que dans le reste de la population. Le dépistage organisé du cancer du sein, maintenu chaque année, a donc notamment pour objectif de réduire l'inégalité constatée dans l'accès au dépistage. A l'occasion d'Octobre rose 2015, une nouvelle campagne d'information sur le dépistage a été lancée par les pouvoirs publics et a ciblé les femmes à risque aggravé de cancer du sein. Pour ces femmes, les examens de dépistage sont désormais pris en charge à 100 % par l'Assurance maladie. Enfin, Marisol TOURAINE a lancé en 2015 une grande concertation citoyenne dont l'objectif est de recueillir l'avis des femmes, de l'ensemble des citoyens, des professionnels de santé, des associations et des institutions sur l'évolution du dépistage, afin qu'il réponde au mieux aux attentes et aux besoins des femmes.

Un programme de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus

Le Plan cancer 2014-2019 prévoit la mise en place d'un nouveau programme de dépistage organisé, après celui du cancer du sein et du cancer colorectal : celui du cancer du col de l'utérus. L'objectif est que le taux de couverture du dépistage dans la population cible (femmes entre 25 et 65 ans) passe de 50-60 % à 80 % et qu'il soit plus facilement accessible aux populations vulnérables ou les plus éloignées du système de santé. Depuis 2016, le programme national de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus est préfiguré. Cette étape de préfiguration donnera suite à une généralisation début 2018.

Assurer le droit à l'oubli pour les anciennes malades

Avec la loi de modernisation de notre système de santé, pour la première fois – et la France est pionnière dans ce domaine – est inscrit dans la loi française le principe du droit à l'oubli pour de nombreux malades ayant souffert de maladies graves, notamment de cancers, au moment de devoir emprunter ou de s'assurer. Cette mesure permet de réaffirmer l'attachement du gouvernement aux travaux conduits dans le champ conventionnel (convention AERAS). Elle marque la vigilance à une mise en œuvre rapide et concrète de ces avancées au bénéfice de la qualité de vie des anciens malades.

Tous les anciens malades, quel que soit le cancer dont ils souffraient, n'auront plus à le déclarer 10 ans après l'arrêt du traitement. Une grille de référence sera régulièrement actualisée pour tenir compte des progrès thérapeutiques, afin d'établir la liste des cancers ou d'autres pathologies chroniques pouvant systématiquement bénéficier d'un tarif d'assurance normal (sans exclusion de garantie ni surprime, voire sans déclaration de la pathologie).

Une première grille, élaborée par la commission AERAS et présentée par Marisol TOURAINE en février 2016, fixe, pour six types d'affection, des délais précis, inférieurs à 10 ans, d'accès à

l'assurance emprunteur sans surprime ni exclusion, à compter de la fin du protocole thérapeutique et en l'absence de rechute (par exemple, un an pour un cancer du col de l'utérus ou de certains cancers du sein).

Améliorer le diagnostic de l'endométriose et la prise en charge

L'endométriose touche entre 6 et 10 % des femmes en âge de procréer. Les symptômes de cette maladie gynécologique n'étant pas spécifiques, le diagnostic se fait avec plusieurs années de retard. L'absence de reconnaissance de la souffrance constitue une difficulté supplémentaire pour les femmes atteintes d'endométriose. L'endométriose peut conduire, dans les cas les plus graves, à l'infertilité. Une fois la maladie diagnostiquée, les consultations et bilans sont nombreux et les formes graves peuvent avoir un retentissement important sur la qualité de vie (arrêts de travail, hospitalisations).

Afin d'améliorer la prise en charge des femmes, deux expériences régionales (Normandie, centre de référence régional avec des structures expertes rattachées, et PACA, fonctionnement de professionnels compétents en réseau avec mise en place d'une réunion de concertation pluridisciplinaire partagée), d'une durée de deux ans, sont en cours. A l'issue de cette expérimentation et avec l'appui de recommandations actualisées de la Haute autorité de santé (HAS), un cahier des charges national sera établi pour évaluer la faisabilité de la mise en place de structures spécialisées dédiées à la prise en charge des formes sévères d'endométriose.

Par ailleurs, cinq programmes hospitaliers de recherche clinique sont en cours (Rouen, Angers, La Réunion, Lille et AP-HP). Ils portent sur des objectifs variés : évaluation d'une méthode diagnostique non invasive, évaluation des méthodes de prise en charge (médicaments ou chirurgie), évaluation de la prévalence de l'endométriose en population générale dans une région.

AMÉLIORER L'ACCÈS AUX SOINS ET GARANTIR UNE PRISE EN CHARGE DE QUALITÉ

Amélioration de la protection maternité/paternité des médecins libéraux

Marisol Touraine a fait voter dans la loi de financement de la Sécurité sociale 2017 la possibilité pour les partenaires conventionnels d'instaurer une rémunération supplémentaire aux médecins conventionnés durant leur interruption d'activité pour cause de maternité, de paternité ou d'adoption, pour pallier la baisse de revenus engendrées. Trois syndicats de médecins ont conclu un accord avec l'assurance maladie, adoptant ainsi l'avenant 3 à la convention médicale.

Cette aide forfaitaire atteindra 3 100 euros par mois pendant 3 mois pour les femmes en secteur 1 ou adhérent à l'OPTAM (Option à pratique tarifaire maîtrisée) et 2 066 euros par mois pendant 3 mois pour les femmes conventionnées en secteur 2 lors de leurs congés maternité. En ce qui concerne le congé paternité, l'aide atteindra 1 116 euros par mois pour les médecins conventionnés en secteur 1 ou adhérent à l'OPTAM et 744 euros par mois pour les médecins en secteur 2 lors de leurs congés paternité. Cette aide financière, qui s'appliquera six mois après la publication de l'arrêté au Journal Officiel, vient compléter l'allocation forfaitaire d'un montant de 3 269 euros et les indemnités journalières (53,74 euros par mois) que perçoivent les femmes médecins en cas de maternité.

Généralisation du tiers-payant & autonomisation des droits

La généralisation du tiers payant

De nombreux Français renoncent à aller chez le médecin parce qu'ils ne peuvent pas avancer les frais. C'est donc pour garantir l'accès aux soins de toutes et tous que le Gouvernement a décidé de mettre en place le tiers payant chez le médecin.

Une première étape vers la généralisation a été franchie en 2015 : les bénéficiaires de l'aide à la complémentaire santé (57 % de femmes), dont les ressources sont parmi les plus modestes, peuvent bénéficier du tiers payant.

Depuis le 1^{er} juillet 2016, les médecins peuvent pratiquer le tiers payant avec les patients couverts à 100 % par l'assurance maladie, c'est-à-dire les femmes enceintes et les personnes en affection de longue durée (ALD), soit 15 millions de Français. Depuis le 1^{er} janvier 2017, tous les patients peuvent demander le tiers payant pour la partie remboursée par l'Assurance maladie. Cette possibilité deviendra un droit pour chaque Français le 30 novembre 2017.

Déploiement de la protection universelle maladie

La Protection universelle maladie (PUMA) a été mise en place par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016. Elle est l'aboutissement de 70 ans d'évolution de l'assurance maladie : 15 ans après la CMU de base, elle crée un droit universel à la prise en charge des frais de santé. Avec cette réforme, tous les assurés qui travaillent ou résident en France de manière stable et régulière bénéficient désormais pleinement du droit à la prise en charge de leurs frais de santé. Les conditions requises pour ouvrir un droit au remboursement des frais de santé sont supprimées. Cette réforme prévoit également la suppression du statut d'ayant

droit majeur ce qui permet l'individualisation de la gestion des droits. Tous les adultes sont des assurés autonomes. Chaque assuré majeur a donc son propre compte d'assuré social, son propre décompte de remboursement et peut percevoir ses remboursements sur son compte bancaire. Les changements de situation personnelle (mariage, séparation, deuil...) n'ont plus d'incidence sur les droits des assurés sans activité professionnelle. Cette mesure permet aux femmes, qui constituent aujourd'hui la majorité des ayants droit majeurs, une reconnaissance de leurs droits propres. Elle renforce également leur indépendance en matière de santé, pour gérer plus facilement les sujets de confidentialité des prises en charge qui peuvent s'avérer sensibles (contraception ou IVG par exemple).

Un exemple pour comprendre

Jusqu'à la mise en place de la PUMA, après un divorce ou une séparation, une femme au foyer qui ne reprenait pas d'emploi devait, pour continuer à bénéficier de la prise en charge de ses frais de santé, demander la CMU de base. Désormais, elle est assurée de façon autonome. Sa séparation ne change rien sur ses droits maladie, qu'elle conserve sans démarche.

L'individualisation des droits est possible depuis le 1er janvier 2016, le statut d'ayant droit peut être conservé jusqu'à fin 2019.

De nouvelles compétences pour un meilleur suivi des femmes en bonne santé par les sages-femmes

La France compte 21 000 sages-femmes, dont 5 000 en libéral et 1 000 en service de protection maternelle et infantile (PMI). Les sages-femmes sont impliquées dans la prévention et l'éducation à la sexualité, ainsi que dans le suivi, l'accompagnement et la prise en charge des femmes enceintes, dès le début de leur grossesse. Ces professionnelles disposent, compte tenu de leur formation, des compétences nécessaires pour que leur missions soient étendues.

Ainsi, la loi de modernisation de notre système de santé étend leurs compétences à la pratique de l'IVG médicamenteuse, de la vaccination de l'entourage des femmes enceintes ainsi que de la prescription de substituts nicotiques à ce même entourage. Marisol TOURAINE a lancé, en juin 2016, une campagne d'information visant à assurer une meilleure reconnaissance et une plus grande visibilité à la profession de sage-femme auprès du grand public et des autres professionnels de santé.

Mieux prendre en charge les victimes de violences

223 000 femmes sont victimes de violences conjugales chaque année en France et 84 000 femmes déclarent avoir été victimes des viols ou tentatives de viols. L'ampleur des violences faites aux femmes et leurs spécificités aggravent encore leurs conséquences sur la santé, immédiates ou à moyen et long terme et dans toutes les dimensions de la santé : physique, psychologique, reproductive, périnatale...

Les professionnels de santé sont les premiers professionnels auxquels les femmes victimes de violences au sein du couple et de violences sexuelles s'adressent. Face à ce constat, la nécessité d'offrir aux victimes une prise en charge adaptée s'impose. Les professionnels de santé doivent être outillés et formés pour répondre à cet enjeu.

Poursuite des actions de formation des professionnels de santé pour prévenir les violences

En 2013, la prise en charge des femmes victimes de violences sexuelles a été intégrée à la formation initiale des études de médecine (programme de l'examen d'internat : tous les étudiants sont susceptibles d'être interrogés sur cette question).

L'action du ministère vise à généraliser le repérage des violences par le questionnement systématique, qui permet aux professionnels de santé de poser un diagnostic médical. Des outils de formation et d'accompagnement des professionnels de santé ont été produits. Des certificats médicaux type ont été élaborés avec les ordres des professions concernées (médecins, sages-femmes). Six kits pédagogiques à destination des professionnels, composés chacun d'un court métrage et de livrets d'accompagnement ont été réalisés sous l'égide de la Mission interministérielle de protection des femmes victimes de violences (MIPROF), par des équipes pluridisciplinaires d'experts. Deux d'entre eux sont destinés plus spécifiquement aux médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes, mais concernent tous les professionnels de santé. Sur la base de ces kits, une fiche réflexe a également été élaborée pour les chirurgiens-dentistes.

Marisol TOURAINE a donné instruction, le 25 novembre 2015, à tous les établissements autorisés en médecine d'urgence, de désigner des référents « violences faites aux femmes ». Ces référents ont pour mission de sensibiliser et former leurs collègues, organiser les conditions de prise en charge ou encore identifier les acteurs internes et externes aux établissements pouvant contribuer à une meilleure prise en charge globale. Ils bénéficient d'une formation

spécifique et disposent d'un kit de prise en charge composé notamment d'une fiche réflexe pour repérer, répondre aux questions les plus fréquentes, mieux informer et orienter les victimes. Aujourd'hui, l'on compte plus de 609 référents violences faites aux femmes dans les services d'urgence, l'objectif donné aux ARS étant que chaque service d'urgence dispose d'un référent. Une première formation de 222 référents urgentistes a eu lieu le 27 juin dernier, et une seconde auprès de 88 référents supplémentaires le 16 janvier 2017.

Accompagnement des actions de réduction des risques en direction des personnes prostituées

La loi visant à renforcer la lutte contre le système prostitutionnel et à accompagner les personnes prostituées définit la politique de réduction des risques en direction des personnes prostituées. Cette politique « consiste à prévenir les infections sexuellement transmissibles et les dommages sanitaires, sociaux et psychologiques liés à l'activité prostitutionnelle ».

Cette loi prévoit, entre autre, la création d'un parcours de sortie de la prostitution mis en œuvre par des associations agréées à cette fin. Elle prévoit également que les actions de réduction des risques soient conduites selon un référentiel. Ce document, élaboré en lien avec les associations concernées qui agissent sur le terrain pour l'accompagnement des personnes prostituées, a été publié au [Journal officiel](#) le 5 mars 2017.

ETAT DE SANTÉ DES FEMMES

Espérance de vie / La France dans le peloton de tête au niveau mondial

L'espérance de vie des femmes est, en moyenne, de 85,4 ans. Elle est l'une des meilleures au monde ! Elle est sensiblement plus élevée que celle des hommes (79,2 ans), bien que l'écart d'espérance de vie entre les femmes et les hommes ne cesse de se réduire : cet écart est passé de 8,2 ans en 1994 à 6,2 ans en 2014. Il existe également des inégalités entre femmes : ainsi, à 35 ans, l'espérance de vie d'une femme cadre est supérieure de 3 ans à l'espérance de vie d'une femme ouvrière.

Accès aux soins / Une plus grande difficulté d'accès pour les femmes

Les femmes renoncent plus souvent aux soins pour des raisons financières que les hommes, quel que soit le soin concerné et ceci tout au long de la vie. Le renoncement aux soins pour raison financière est maximal chez les femmes entre 40 et 64 ans (19 %).

Santé sexuelle et reproductive / Un recul continu de l'âge de la première maternité

Depuis plus de 20 ans, l'âge de la maternité recule. L'âge moyen pour le premier enfant est passé de 24,2 ans en 1967 à 28,1 ans en 2010. Cette tendance entraîne un allongement de la période entre l'entrée dans la sexualité (17,6 ans en 2010) et la naissance du premier enfant. Seulement 3 % des femmes n'utilisent aucune contraception. Le nombre d'IVG reste stable, autour de 220 000 IVG par an en France métropolitaine. Les IVG médicamenteuses représentent 57 % du total des IVG. Enfin, les découvertes de séropositivité VIH concernent minoritairement les femmes (31 % des cas en 2014).

Tabac et cancer / Une évolution encourageante malgré des effets de génération à enrayer

Entre 1980 et le début des années 2010, l'augmentation du tabagisme chez les femmes a conduit à une hausse du cancer du poumon ainsi que de sa mortalité : le cancer du poumon est ainsi devenu la deuxième cause de décès féminins par cancer, après le cancer du sein. La consommation régulière de tabac a connu une baisse significative entre 2010 et 2014 chez les femmes entre 20 et 54 ans. Elle a néanmoins augmenté chez les femmes de moins de 20 ans et chez les femmes de 55 ans et plus.

Alcool / Une prise de conscience à renforcer chez les femmes enceintes

La part des personnes ayant connu des ivresses répétées est en hausse, tout particulièrement parmi les femmes. L'augmentation du phénomène d'alcoolisation ponctuelle importante (API) est significative chez les jeunes étudiantes alors qu'il est stable chez les jeunes étudiants. En 2010, un peu plus de 2 % des femmes déclaraient avoir consommé des boissons alcoolisées plus d'une fois par mois pendant la grossesse et 17 % disaient en avoir consommé une fois par mois ou moins souvent – alors que la consommation d'alcool durant la grossesse est la première cause de handicap non génétique chez l'enfant.

Nutrition et obésité / Des inégalités sociales de santé et des inégalités femmes-hommes

La France est un des pays où les inégalités en matière d'obésité sont les plus fortes. Une tendance observée depuis 2003 se confirme : l'augmentation plus forte de la prévalence de l'obésité féminine (15,7 % des femmes, 14,3 % des hommes). Les femmes fréquentant les centres d'aide alimentaire sont davantage touchées encore (35,1% des femmes, 17,6% des hommes).

Santé mentale / Une plus grande fragilité des femmes

Les tentatives de suicide sont majoritairement le fait de femmes et ces dernières sont davantage concernées par les pensées suicidaires, notamment parmi les plus de 55 ans. Elles sont également plus touchées par la dépression. Les jeunes filles ont une plus mauvaise image et une moins bonne estime d'elles-mêmes. Enfin, les jeunes femmes représentent 90 % des personnes touchées par les troubles du comportement alimentaire.