

État de santé sexuelle et reproductive des femmes en France

Note de synthèse réalisée à la demande de
l'Observatoire national de la démographie des professions de santé
(ONDPS)

État de santé sexuelle et reproductive des femmes en France

État des lieux

Février 2020

Cette étude est une compilation des notes de synthèse, réalisée par la Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé [FNORS] à la demande de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé [ONDPS], avec les contributions de :

- ***Caroline BONNET (ORS Bourgogne-Franche-Comté) ;***
- ***Marie DALICHAMPT, Sandrine DAVID, Marie-Cécile GOUPIL (ORS Pays de la Loire) ;***
- ***Émilie BEC (CREAI-ORS Occitanie) ;***
- ***Anthony DA SILVA, Bernard LEDÉSERT, Lise TROTTET (Fnors) ;***
- ***l'ensemble des ORS pour les exploitations régionales des indicateurs issus du SNDS.***

Sommaire

Sommaire	4
Introduction	6
Autour de la naissance	8
Naissances	8
• <i>Naissances multiples</i>	9
Fécondité	10
• <i>Évolution de l'âge des mères à l'accouchement</i>	11
Accouchements	12
• <i>Modes d'accouchements</i>	13
• <i>Prise en charge des mères après accouchement</i>	14
Mortinatalité hospitalière	15
Procréation médicalement assistée	18
• <i>Recours à la procréation médicalement assistée</i>	18
• <i>Éléments de perspective</i>	22
Contraception et interruptions volontaires de grossesse	24
Accès à la contraception	24
Interruptions volontaires de grossesse	27
Cancers du sein et des organes génitaux de la femme	32
Cancer du sein	32
• <i>Incidence</i>	33
• <i>Admissions en affections de longue durée</i>	35
• <i>Mortalité</i>	36
• <i>Dépistage et prévention</i>	40
Cancer de l'ovaire	42
• <i>Incidence</i>	43
• <i>Admissions en affection de longue durée</i>	44
• <i>Mortalité</i>	45
• <i>Dépistage et prévention</i>	49
Cancer de l'utérus	51
• <i>Incidence</i>	51
• <i>Admissions en affection de longue durée</i>	55
• <i>Mortalité</i>	55
• <i>Dépistage et prévention</i>	58
Synthèse - Perspectives	64
Précisions méthodologiques	66
Glossaire	68

Introduction

La sexualité et ses enjeux ont évolué. De la prévention et du traitement des maladies sexuellement transmissibles, la sexualité se pense maintenant dans une approche globale de santé s'inscrivant dans une notion de parcours.¹ La santé sexuelle fait partie intégrante de la santé, du bien-être et de la qualité de vie dans leur ensemble. Des avancées notables dans les textes ou les dispositifs ont été réalisées ces dernières années en matière de promotion de la santé sexuelle. Les dispositifs et programmes mis en œuvre sont multiples.² Néanmoins, le Haut Conseil de Santé Publique (HCSP), dans le cadre de ses recommandations sur la santé sexuelle et reproductive, fait le constat d'une prise en charge de la santé sexuelle morcelée entre de nombreuses institutions et dans différents plans et politiques de santé publique, sans véritable articulation entre eux. La stratégie nationale de santé sexuelle s'inscrit dans une démarche globale d'amélioration de la santé sexuelle et reproductive. Elle se base sur des principes fondamentaux : la sexualité doit être fondée sur l'autonomie, la satisfaction, la sécurité. Elle prend en compte les relations inégalitaires entre les sexes et les sexualités qui impactent l'accès universel à la santé sexuelle. Mais cette stratégie ne couvre pas encore tous les aspects comme celui des différents cancers de la femme retentissant particulièrement sur la sexualité tels que le cancer du sein et ceux des organes génitaux, ni celui de l'aide médicale à la procréation. Ces problématiques sont traitées par des politiques nationales spécifiques. Une cohérence et une articulation de ces politiques avec cette stratégie doivent néanmoins être assurées.³

Ainsi, l'objet de ce document est de dresser un état des lieux de la santé sexuelle et reproductive des femmes en France, d'appréhender les évolutions passées et de dégager des tendances pour les années à venir afin d'apporter des éclairages sur les besoins de santé à court et moyen terme. Plusieurs thématiques ont été retenues pour aborder l'état de santé sexuelle et reproductive des femmes : autour de la naissance (fécondité, accouchement, mortalité), procréation médicalement assistée, contraception et interruptions volontaires de grossesse, morbidité et mortalité des cancers du sein et de organes génitaux, prévention et dépistage des cancers féminins.

Il s'inscrit dans le cadre des travaux menés par l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS) sur la prise en charge de la santé sexuelle et reproductive des femmes en France.

¹ **Santé sexuelle et de la reproduction**, ADSP, n°96, 2016-09, en ligne : <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/adsp?clef=153>

² **Santé sexuelle et de la reproduction**, ADSP, n°96, 2016-09, en ligne : <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/adsp?clef=153>

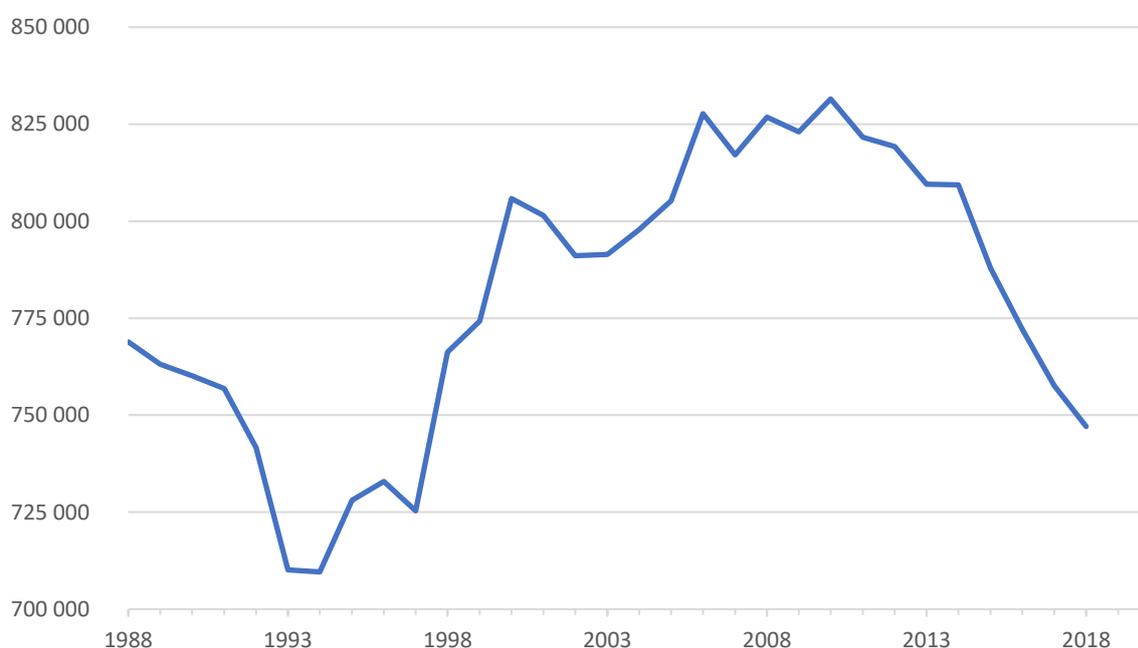
³ **Stratégie nationale de santé sexuelle, Agenda 2017-2030**, Ministère des affaires sociales et de la santé, 2017, 74 p. en ligne : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_sante_sexuelle.pdf

Autour de la naissance

Naissances

En 2018, on enregistre plus de 747 000 naissances en France (hors Mayotte). Après une période d'augmentation depuis le milieu des années 1990, le nombre de naissances ne cesse de diminuer année après année à partir de 2010.

Évolution du nombre de naissances en France depuis 1998



Champ : France entière (hors Mayotte).

Sources : Insee – État civil – exploitation Fnors.

Le nombre de femmes les plus fécondes (20-40 ans) diminue depuis le milieu des années 1990, contribuant ainsi à la baisse des naissances. Elles sont 8,4 millions en 2017 alors qu'elles étaient 8,8 millions en 2007 et 9,3 millions en 1995. Leur fécondité diminue aussi et est, en 2017, le principal facteur expliquant la baisse du nombre de naissances.⁴

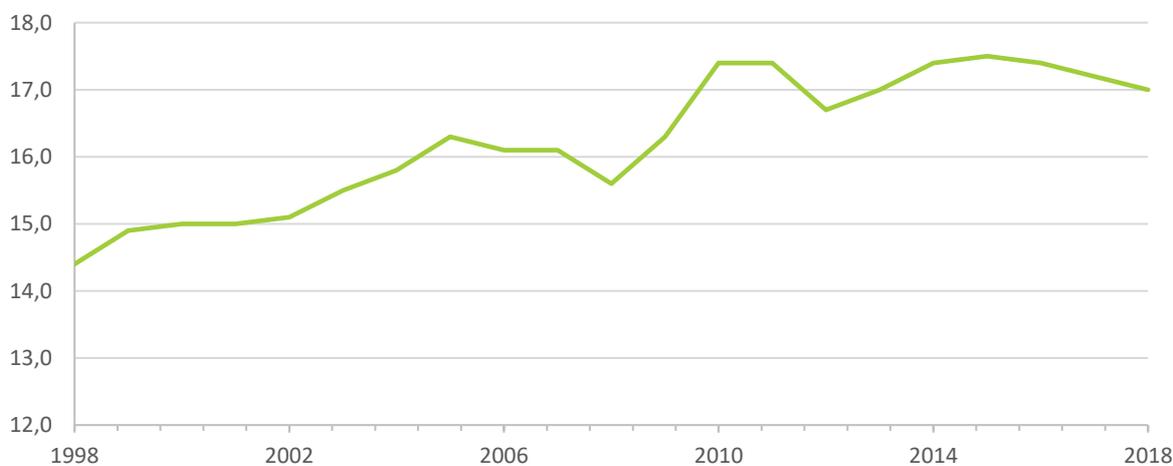
En 2016-2018, le taux de natalité est de 11,4 naissances pour 1 000 habitants en France (hors Mayotte). Depuis 1999-2000, ce taux diminue (- 12,5 %), la baisse est beaucoup plus marquée à partir de 2010 (- 10,2 % entre 2009-2010 et 2006-2018).

⁴ Tableaux de l'économie française - Édition 2018 - Insee Références, Insee, en ligne : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3303349?sommaire=3353488>

Naissances multiples

Au cours des vingt dernières années, le nombre d'accouchements multiples a progressé lentement mais régulièrement. En 2018, on enregistre 17,0 naissances doubles pour 1 000 accouchements contre 14,4 en 1998⁵. Sur cette même période, la part des naissances doubles chez les femmes de moins de 40 ans est restée stable ou a enregistré une légère progression. Chez les femmes de 40 ans et plus, le nombre de naissances doubles a fortement augmenté : chez les 40-44 ans, on enregistre 23,0 naissances doubles pour 1 000 accouchements en 2018 contre 14,8 en 1998 et 54,1 naissances doubles pour 1 000 accouchements en 2018 contre 10,0 en 1998 chez les 45 ans et plus.

**Évolution du nombre d'accouchements doubles depuis 1998
(pour 1 000 accouchements)**



Champ : France métropolitaine
Sources : Insee, statistiques de l'état civil.

L'augmentation des naissances multiples est liée à la procréation médicalement assistée et à l'augmentation de l'âge moyen à la maternité (les femmes âgées ont plus fréquemment des jumeaux que les femmes jeunes)⁶.

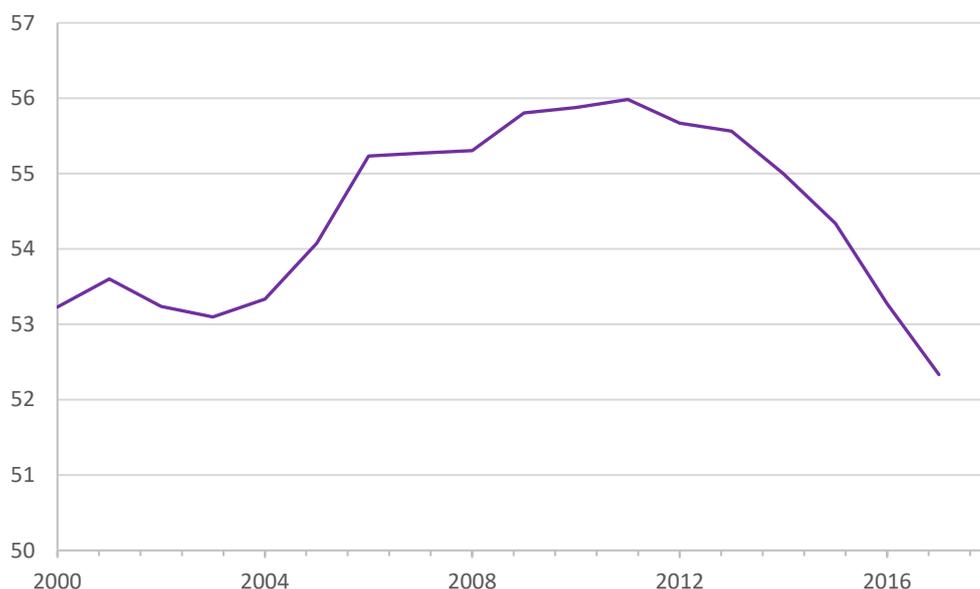
⁵ Accouchements multiples, Ined, en ligne :

⁶ **Les établissements de santé. Édition 2019**, Drees, en ligne : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/panoramas-de-la-drees/article/les-etablissements-de-sante-edition-2019>

Fécondité

En France (hors Mayotte), le taux de fécondité est 52,3 naissances pour 1 000 femmes de 15-49 ans, en 2016-2018. Après une période de relative stabilité entre 2006 et 2011, où le taux de fécondité est proche de 56 naissances pour 1 000 femmes, il diminue année après année.

Évolution du taux de fécondité en France entre 1999-2001 et 2016-2018 (pour 1 000 femmes de 15-49 ans)



Champ : France entière (hors Mayotte).

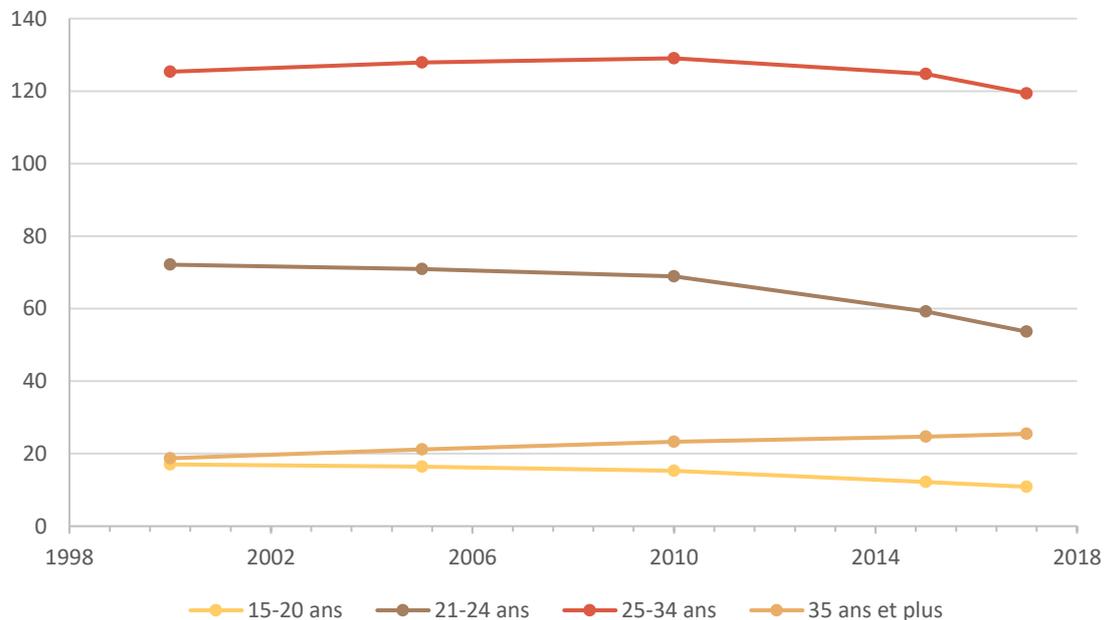
*Les années affichées correspondent aux années centrales des périodes triennales (2000 correspond à la période 1999-2001).

Sources : Insee-État civil, Recensement de la population – exploitation Fnors.

Entre 1999-2001 et 2009-2011, le taux de fécondité des femmes de 25-34 ans est stable (entre 125 et 130 naissances pour 1 000 femmes) puis diminue pour s'établir à 119,4 naissances pour 1 000 en 2016-2018. Au sein de cette classe d'âge, sur l'ensemble de la période considérée, l'évolution de la fécondité est à nuancer : celle des femmes de 25-29 ans diminue (- 17 %) alors que celle des 30-34 ans augmente (+ 9, 9 %). Sur les vingt dernières années, la fécondité des femmes les plus jeunes, moins de 21 ans et 21-24 ans a tendance à diminuer (baisses respectives de 36 % et 26 %) alors que celle des femmes de 35 ans et plus augmente (+ 36 %).

L'indicateur conjoncturel de fécondité (ICF) mesure le nombre d'enfants qu'aurait une femme tout au long de sa vie, si les taux de fécondité observés l'année considérée à chaque âge demeuraient inchangés. En 2016-2018, l'ICF est de 1,87 enfant par femme. Après une certaine stabilité entre 2006 et 2014 où l'ICF était proche de 2,00 enfants par femme, il est actuellement en baisse.

Évolution de la fécondité en France entre 2000* et 2017* (pour 1 000 femmes)



Champ : France entière (hors Mayotte).

*Les années affichées correspondent aux années centrales des périodes triennales (2000 correspond à la période 1999-2001).

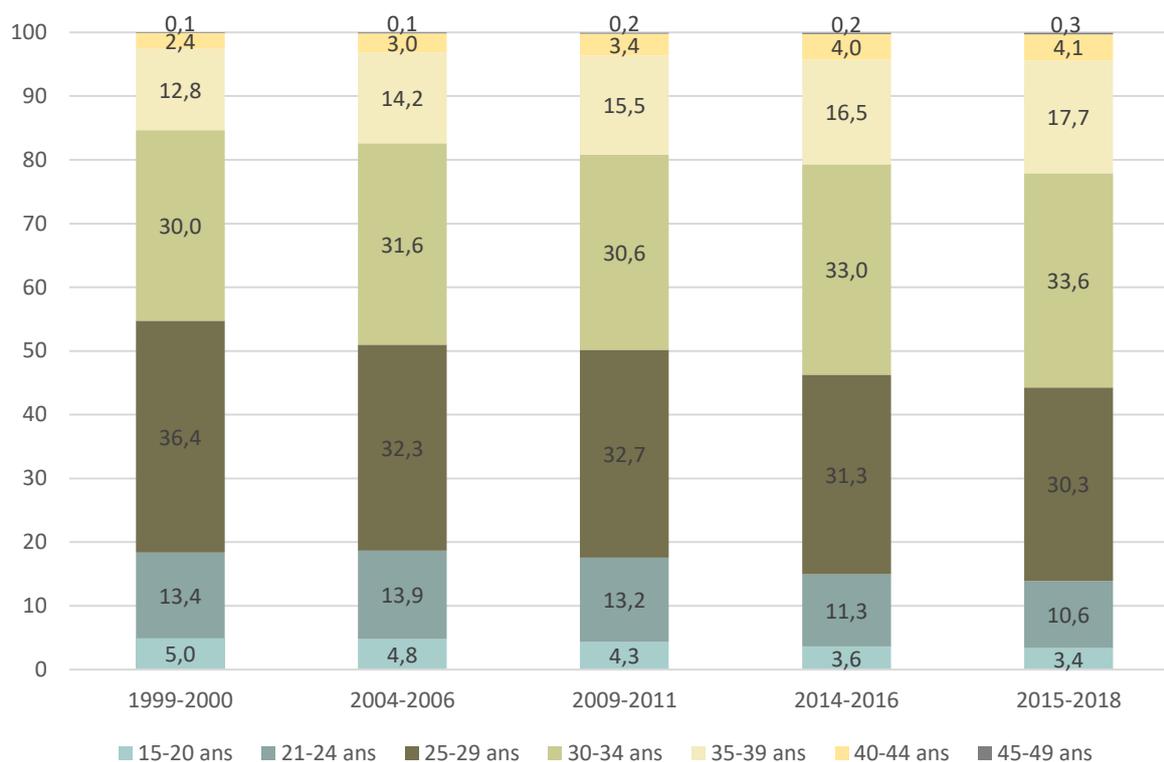
Sources : Insee-État civil, Recensement de la population – exploitation Fnors.

Évolution de l'âge des mères à l'accouchement

L'âge moyen des mères à l'accouchement ne cesse d'augmenter. Il est de 30,6 ans en 2017, contre 29,8 ans en 2007. Il était de 26,5 ans trente ans plus auparavant, en 1977.

Sur l'ensemble de la période, la part des naissances de mères de 25-34 ans a légèrement diminué (66,3 % en 1999-2001 contre 63,9 % en 2015-2018). Tandis qu'en 1999-2001, la part des naissances chez les mères de 25-29 ans était la plus importante (36,4 %) suivi par celle des 30-34 ans (30,0 %) ; en 2015-2018, la tendance s'est inversée : la part la plus importante est celle des 30-34 ans (un tiers des naissances) puis celle des 25-29 ans (30,3 %). La part des naissances chez les plus jeunes (15-20 ans et 21-24 ans), diminue depuis près de 20 ans (18,4 % contre 13,9 %). La part des naissances de mères âgées de 35-44 ans augmente : elle s'établit à 15,4 % des naissances en 1999-2001 contre 21,8 %, soit une naissance sur cinq, en 2015-2018.

Évolution de la part des naissances selon l'âge des mères depuis 1999-2001 (pour 100 naissances vivantes)



Champ : France entière (hors Mayotte).

Sources : Insee-État civil – exploitation Fnors.

Accouchements

La quasi-totalité des naissances a lieu dans un établissement spécialisé⁷ : 97 % des naissances en 2016. Sur les 784 000 naissances, seulement 5 000 se sont déroulées hors d'un hôpital ou d'une maternité. Pour celles-ci, dans neuf cas sur dix, les femmes ont bénéficié de l'assistance d'un médecin ou d'une sage-femme. Ces naissances hors structures spécialisées peuvent être choisies (décision d'accoucher chez soi) ou subies (accouchement imprévu). Cependant, les données ne permettent pas de distinguer les deux situations l'une de l'autre.

⁷ BELLAMY V., Les 784 000 naissances de 2016 ont lieu dans 2 800 communes, Insee, Insee Focus n°92, en ligne : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3047024>

Modes d'accouchements

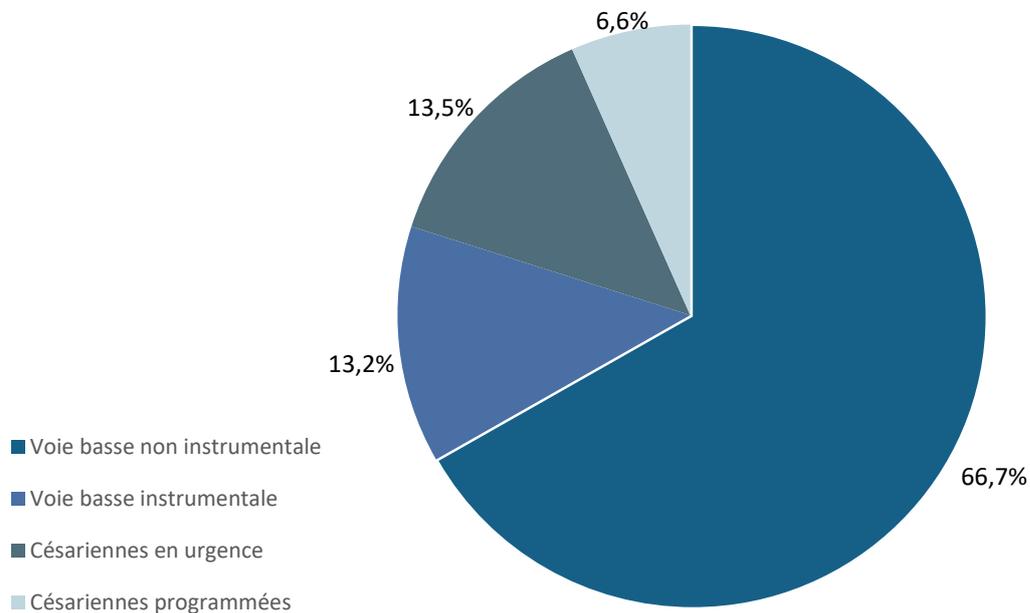
En France, sur la période 2016-2018, on enregistre près de 750 000 séjours hospitaliers pour accouchement en moyenne annuelle.

Environ 80 % des accouchements sont réalisés par voie basse et 20 % par césarienne. Parmi les accouchements par voie basse, 83,5 % d'entre eux sont sans intervention instrumentale et 16,7 % avec recours à une extraction instrumentale : forceps, spatules, ventouses.

Afin de limiter les douleurs des contractions utérines, il est possible de pratiquer une analgésie péridurale (également appelée péridurale). Les accouchements avec péridurale ont concerné 80,6 % des accouchements par voie basse. En 2016, les femmes ont de plus en plus recours à des méthodes non médicamenteuses pour la prise en charge de la douleur lors de l'accouchement qu'elles aient eu ou non une anesthésie péridurale : 35,5 % en 2016 contre 14,3 % en 2010⁸.

Un tiers des césariennes réalisées étaient programmées (grossesse à risque pour la mère ou l'enfant, bassin trop étroit, mauvaise présentation du bébé, etc.). Les césariennes réalisées en urgence, c'est-à-dire lorsque l'accouchement par voie basse est compromis (difficultés au dernier moment, enregistrement de signes de souffrance fœtale) représentent les deux tiers restants.

**Répartition des accouchements selon le mode, en 2016-2018
(pour 100 accouchements)**



Champ : France entière (hors Mayotte).

Sources : Atih - PMSI-MCO, Insee - exploitation ORS Bourgogne-Franche-Comté, Fnors.

⁸ Comment se déroule un accouchement ?, Ameli, en ligne :

<https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/accouchement-nouveau-ne/accouchement>

Prise en charge des mères après accouchement

En 2017, la durée moyenne d'un séjour pour accouchement est inférieure à 5 jours, soit une baisse de une journée par rapport à 2003. Le mode d'accouchement a une influence sur la durée du séjour : la durée moyenne est de 6,3 jours pour les femmes ayant accouché par césarienne contre 4,2 jours pour celles ayant accouché par voie basse. La durée moyenne de séjour baisse depuis 2003 et ce quel que soit le mode d'accouchement⁹.

En périnatalité, l'hospitalisation à domicile (HAD) permet à la mère et à son enfant d'éviter ou de raccourcir une hospitalisation, en leur offrant à domicile des conditions de qualité et de sécurité des soins équivalentes à celles dispensées en hospitalisation complète¹⁰. Le suivi des soins se fait de façon coordonnée avec l'intervention de professionnels médicaux ou paramédicaux selon les besoins. Ainsi, à la suite de leur séjour pour accouchement les femmes peuvent être transférées en HAD notamment en raison de pathologies maternelles : accouchements par césarienne nécessitant des soins, problèmes de cicatrisation, pathologies infectieuses et pathologies à risque de « compliquer » le post-partum, pathologies vasculaires systémiques, risques de dépression maternelle, risques de décompression d'un problème psychopathologique connu, grosses pathologies déjà prises en charge en ante-partum par l'HAD.

En France, sur la période 2016-2018, on enregistre près de 9 650 séjours hospitaliers qui ont donné lieu à une prise en charge en HAD des mères après l'accouchement, soit 4,3 prises en charge en HAD pour 1 000 accouchements.

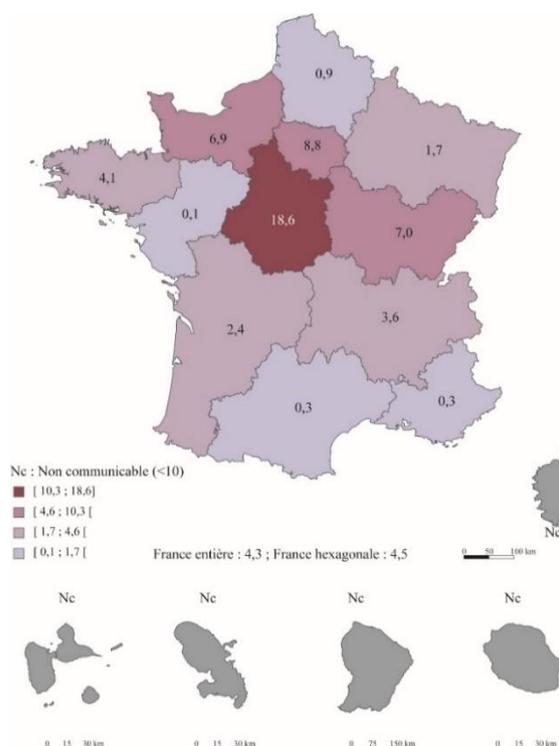
En Métropole (les données ne sont pas disponibles pour les Drom et la Corse en raison des faibles effectifs), les taux de prise en charge sont très variables d'une région à l'autre : moins d'une prise en charge en HAD pour 1 000 accouchements dans les régions Hauts-de-France, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Occitanie et Pays de la Loire alors que pour la Normandie, l'Île-de-France et la Bourgogne-Franche-Comté, les taux oscillent entre 7 et 9 prises en charge pour 1 000 accouchements. Le taux est important en région Centre-Val de Loire, cela peut peut-être s'expliquer par une durée de séjour pour accouchement plus courte donnant plus fréquemment lieu à une prise en charge en HAD dans le département du Loiret.

⁹ Les établissements de santé - Édition 2019, Drees, en ligne : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/panoramas-de-la-drees/article/les-etablissements-de-sante-edition-2019>

¹⁰ CIRCULAIRE N°DHOS/O/2004/44 du 4 février 2004 relative à l'hospitalisation à domicile, en ligne : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/circulaire_44_040204.pdf

**Taux standardisé de prise en charge en HAD
suite à un accouchement en 2016-2018
(pour 1 000 accouchements)**

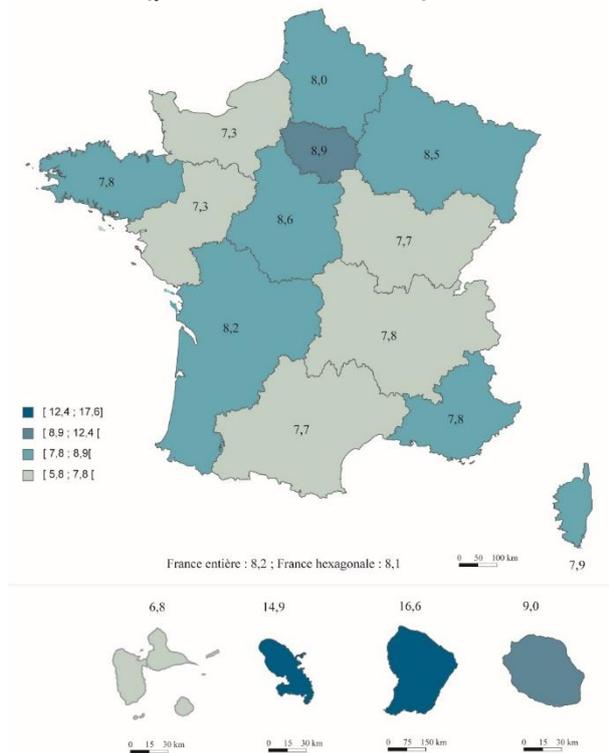
*Population de référence : France entière au RP 2006.
Champ : France entière (hors Mayotte).
Sources : Atih - PMSI-MCO , Insee - exploitation ORS
Bourgogne-Franche-Comté, Fnors



Mortinatalité hospitalière

En France, en 2016-2018, on enregistre environ 6 300 enfants mort-nés (c'est-à-dire décédés avant la naissance après 22 semaines d'aménorrhée ou d'un poids de plus de 500g) en moyenne annuelle, soit un taux de mortinatalité à 8,3 pour 1 000 naissances.

**Taux de mortinatalité en 2016-2018
(pour 1 000 naissances)**



Les taux de mortinatalité sont les plus élevés en Guyane et Martinique (respectivement 16,6 et 14,4 enfants mort-nés pour 1 000 naissances), suivis par la Réunion et l'Île-de-France avec des taux de l'ordre de 9 enfants mort-nés pour 1 000 naissances.

Champ : France entière (hors Mayotte).

Sources : Atih - PMSI-MCO, Insee - exploitation ORS Bourgogne-Franche-Comté, Fnors.

La mortinatalité se décline selon deux composantes : la mortalité spontanée qui correspond aux morts fœtales in utero et les morts fœtales per partum, et la mortalité induite qui correspond aux interruptions médicales de grossesse (IMG) lorsque la grossesse a atteint au moins 22 semaines d'aménorrhée (SA). En 2016-2018, la mortalité spontanée représente environ 65 % des décès et celle induite 35 %.

Les taux de mortinatalité est d'autant plus élevé que la grossesse se termine précocement : moins d'un enfant sur deux naît vivant lorsque l'accouchement se produit avant 28 SA¹¹. Pour les grossesses ayant atteint 28 à 31 SA, la mortinatalité concerne environ un enfant sur six, pour celles comprises entre 32 et 36 SA, un enfant sur quarante. Pour les accouchements à terme (37 SA ou plus), environ un enfant sur 700 naît sans vie. Alors que les IMG sont relativement rares pour les grossesses menées à leur terme (moins de 10 % des mort-nés), elles sont à l'origine de la moitié de la mortinatalité en cas d'accouchement prématuré (avant 32 SA).

La probabilité de donner naissance à un enfant mort-né varie en fonction de l'âge : elle est plus importante chez les femmes de moins de 20 ans et celles de 40 ans ou plus. La part de la mortalité induite augmente avec l'âge, probablement en raison de risques plus élevés d'anomalies congénitales. Quant à la mortinatalité spontanée, elle est plus importante aux âges extrêmes et plus faible entre 25 et 34 ans.

¹¹ MOUQUET Marie-Claude, REY Sylvie, Le nouveau suivi de la mortinatalité en France depuis 2012, Drees, Études et résultats n°901, Décembre 2014. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er901.pdf>

La mortalité est plus importante en cas de naissances gémellaires par rapport aux naissances uniques (trois fois plus en 2012-2013). Cela est d'autant plus marqué pour la mortalité spontanée. Le taux de mortalité pour les naissances gémellaires est plus élevé chez les femmes de moins de 25 ans. Cela s'explique principalement par le fait que la mortalité des grossesses gémellaires décroît avec l'âge.

La part de la mortalité induite est moins importante en cas de naissance gémellaires qu'en cas de naissance unique, quel que soit l'âge de la mère.

En quelques chiffres

- Plus de 747 000 naissances en France (hors Mayotte) en 2018, en diminution depuis 2010.
- En 2016-2018, le taux de natalité correspondant est de 11,4 naissances pour 1 000 habitants, le taux de fécondité est de 52,3 naissances pour 1 000 femmes de 15-49 ans et l'ICF est de 1,87 enfant par femme (France entière hors Mayotte).
- La fécondité des femmes de moins de 25 ans tend à diminuer alors que celles de 35 ans et plus est en augmentation.
- En 2017, l'âge moyen des mères à l'accouchement est de 30,6 ans.
- Le nombre d'accouchements multiples est en progression. En 2018, en France métropolitaine, 17,0 naissances doubles sont enregistrées pour 1 000 accouchements (14,4 en 1998).
- 80 % des accouchements sont réalisés par voie basse et 20 % par césarienne (dont deux tiers sont réalisées en urgence).
- En 2016-2018, on enregistre 4,3 prises en charge en HAD pour 1 000 accouchements (France entière hors Mayotte).
- Le taux de mortalité est de 8,3 pour 1 000 naissances en 2016-2018.

Procréation médicalement assistée

L'assistance médicale à la procréation (AMP), ou procréation médicalement assistée (PMA), consiste à manipuler un ovule et/ou un spermatozoïde pour favoriser l'obtention d'une grossesse. Elle permet de palier certaines difficultés à concevoir, sans nécessairement traiter la cause de l'infertilité. Si les premières inséminations artificielles remontent au 19^e siècle, le premier enfant conçu par fécondation *in vitro* en France est né en 1982. Depuis, les techniques d'AMP ne cessent de s'améliorer, avec une augmentation des taux de succès. En application de la réglementation, les pratiques de PMA font l'objet d'un suivi par l'Agence de la biomédecine. Dans l'état actuel de la législation, la PMA s'adresse à des couples en âge de procréer chez lesquels une infertilité a été reconnue par un professionnel de santé. Le médecin peut avoir décelé une cause d'infertilité ou avoir simplement constaté l'absence de conception malgré des tentatives répétées sans contraception.¹² Jusqu'à présent, seuls les couples hétérosexuels pouvaient avoir recours à la PMA en France, mais le projet de loi relatif à la bioéthique publié le 23 juillet 2019¹³ et en cours d'examen au Parlement, prévoit l'ouverture du droit à la procréation médicalement assistée aux couples de femmes et aux femmes non mariées.¹⁴

Recours à la procréation médicalement assistée

Le recours à la PMA n'a cessé de croître au cours des dernières décennies, parallèlement à l'augmentation de l'âge maternel moyen. En 2017, 25 614 enfants sont nés après une PMA. Ils représentent 3,3 % des naissances en 2017, contre 2,7 % en 2010 et 2 % en 2002. Le coût de la PMA s'élève aujourd'hui à 300 millions d'euros.¹⁵ La PMA fait l'objet d'un régime particulier dans le domaine du soin. Elle est soumise à un encadrement strict de la recherche et à des autorisations des centres de soins et des nouveaux procédés par l'Agence de la biomédecine.¹⁶

Un couple est considéré comme infertile, s'il n'a pas pu concevoir d'enfant après 12 à 24 mois de tentatives sans contraception. Selon l'Observatoire épidémiologique de la fertilité en France (OBSEFF), après un an de tentatives sans contraception, 18 % à 24 % des couples restent sans enfant, après deux ans, 8 % à 11 % des couples sont toujours en attente d'une grossesse. Dans environ 15 % des cas, cette incapacité est inexplicée. Dans d'autres cas, elle est liée à une altération de la qualité de sperme chez

¹² GRYNBERG Michael, **Assistance médicale à la procréation (AMP). Des techniques pour aider les couples infertiles**, INSERM, 2018-03, en ligne :

<https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/assistance-medecale-procreation-amp>

¹³ **Etude d'impact. Projet de loi relatif à la bioéthique**, Gouvernement, 2019-07-23, 488 p.

<http://www.assemblee-nationale.fr/15/pdf/projets/pl2187-ei.pdf>

¹⁴ **Projet de loi adopté par l'Assemblée nationale relatif à la bioéthique**, Sénat, n°63, 2019-10-16, 72p.

<http://www.senat.fr/leg/pjl19-063.pdf>

¹⁵ **Projet de loi bioéthique**, Ministère de la justice, Ministère de la solidarité et de la santé, Ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation, 2019-09, 33 p.

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dp_bioe_thique.pdf

¹⁶ **Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale**, Cours des comptes, 2019-10, 458 p.

<https://www.ccomptes.fr/system/files/2019-10/RALFSS-2019-09-assistance-medecale-procreation.pdf>

l'homme, à un trouble de l'ovulation ou encore à un problème de trompes chez la femme. Il s'agit aussi souvent de problèmes de fertilité mixtes, c'est-à-dire concernant les deux membres du couple.¹⁷

Le recul de l'âge des femmes désirant concevoir un premier enfant est une cause importante d'infertilité et de recours à l'AMP. Or, après 35 ans, il existe un déclin de la qualité des ovocytes qui augmente significativement le risque d'infertilité.¹⁸ Des travaux de l'Institut de veille sanitaire (devenu Santé publique France) montrent par ailleurs une tendance à la baisse de qualité du sperme chez les hommes représentatifs de la population générale sur la période 1989-2005 et sur la période 1998-2008. Ils montrent également une augmentation des taux de cancer du testicule, de cryptorchidie et d'hypospadias, avec des différences géographiques. Indépendamment des causes génétiques ou constitutionnelles, il existe aussi des facteurs environnementaux pour expliquer cette tendance : le surpoids, le tabagisme, l'obésité et les expositions environnementales, notamment à certains polluants organiques persistants et métaux lourds. Certaines de ces substances agissent à faible dose et exercent des effets différés dans le temps.¹⁹

Différentes techniques peuvent être proposées aux couples infertiles candidats à la PMA. L'insémination artificielle est la technique la plus simple et la moins coûteuse. Elle consiste à recueillir et préparer le sperme du conjoint ou d'un donneur pour l'injecter directement dans l'utérus de la femme de façon synchronisée avec l'ovulation. Cette pratique représente 37 % des tentatives d'AMP, avec environ 54 000 tentatives en 2015. La fécondation in vitro (FIV) est une technique plus invasive, qui consiste à provoquer la rencontre d'un ovule et d'un spermatozoïde en laboratoire. Elle représente 63 % des tentatives de PMA. Dans la plupart des cas, les gamètes des deux conjoints sont utilisés. Mais la FIV peut également être réalisée avec un gamète de donneur (spermatozoïde ou ovocyte) lorsque cela s'avère nécessaire.²⁰ La fécondation in vitro avec ICSI (*intracytoplasmic sperm injection* pour micro-injection intra cytoplasmique) représente désormais 67 % des FIV. Cette technique consiste à injecter directement un spermatozoïde dans l'ovocyte. Elle a résolu la grande majorité des problèmes d'infertilité masculine puisque seuls quelques spermatozoïdes mobiles sont nécessaires pour obtenir des embryons.²¹

¹⁷ GRYNBERG Michael, **Assistance médicale à la procréation (AMP). Des techniques pour aider les couples infertiles**, INSERM, 2018-03, en ligne :

<https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/assistance-medicale-procreation-amp>

¹⁸ GRYNBERG Michael, **Assistance médicale à la procréation (AMP). Des techniques pour aider les couples infertiles**, INSERM, 2018-03, en ligne :

<https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/assistance-medicale-procreation-amp>

¹⁹ GRYNBERG Michael, **Assistance médicale à la procréation (AMP). Des techniques pour aider les couples infertiles**, INSERM, 2018-03, en ligne :

<https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/assistance-medicale-procreation-amp>

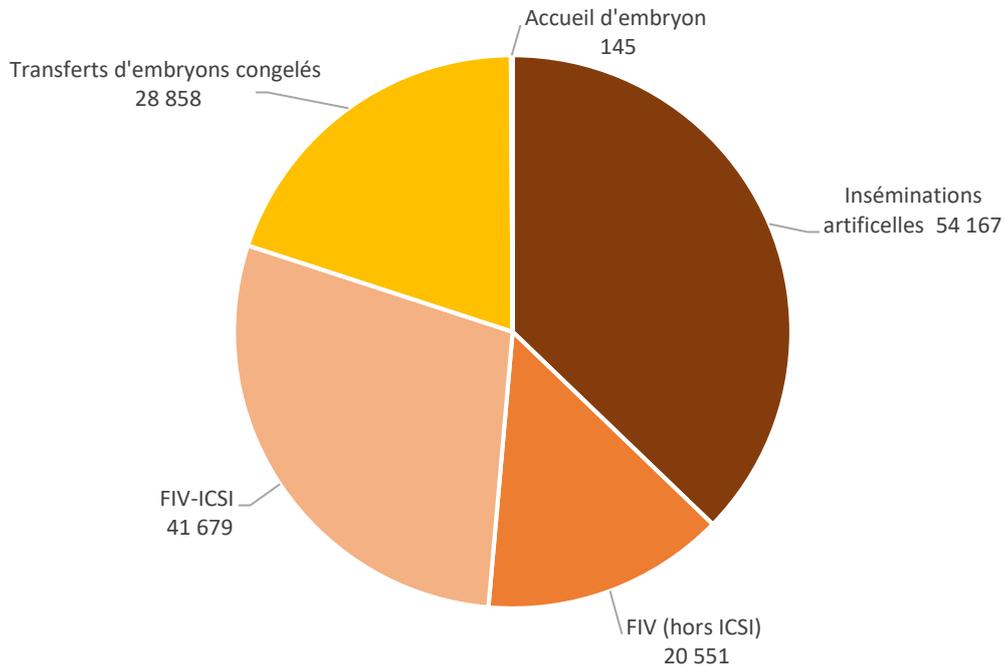
²⁰ GRYNBERG Michael, **Assistance médicale à la procréation (AMP). Des techniques pour aider les couples infertiles**, INSERM, 2018-03, en ligne :

<https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/assistance-medicale-procreation-amp>

²¹ GRYNBERG Michael, **Assistance médicale à la procréation (AMP). Des techniques pour aider les couples infertiles**, INSERM, 2018-03, en ligne :

<https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/assistance-medicale-procreation-amp>

Tentatives d'AMP en France en 2015
(N = 145 255)



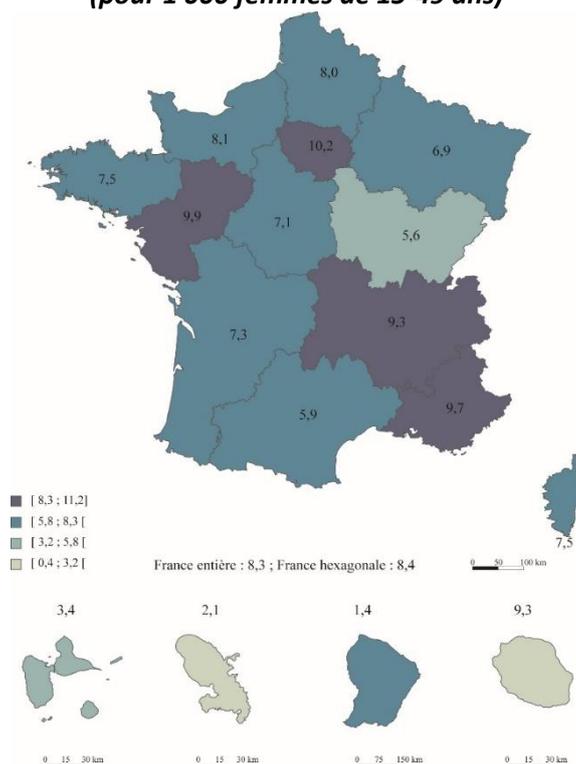
Sources : Agence de la biomédecine, rapport médical et scientifique de l'assistance médicale à la procréation et de la génétique humaines en France 2016.

Un couple stérile ou à risque de transmission de maladie génétique peut demander à recevoir un embryon congelé issu d'un autre couple. La majorité des centres refusent de procéder à cette démarche quand la femme est âgée de plus de 42 ans. En 2015, 145 embryons ont été transférés, aboutissant à 27 naissances, contre 99 embryons et 14 naissances en 2010. Mais la demande est nettement supérieure et des centaines de couples éligibles à l'accueil sont en attente d'un embryon. Le don d'embryon repose sur l'anonymat, le volontariat et la gratuité.²²

²²GRYNBERG Michael, **Assistance médicale à la procréation (AMP). Des techniques pour aider les couples infertiles**, INSERM, 2018-03, en ligne : <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/assistance-medecale-procreation-amp>

En France sur la période 2016-2018, on enregistre 471 654 séjours hospitaliers pour un acte lié à l'assistance médicale à la procréation concernant les femmes²³ en France (hors Mayotte). Le taux standardisé correspondant est de 8,3 séjours hospitaliers pour 1 000 femmes de 15-49 ans. Les taux sont les plus importants dans les régions Île-de-France, Pays de la Loire, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Réunion et Auvergne-Rhône-Alpes. Ils sont les plus faibles en Bourgogne-Franche-Comté, à la Réunion, à la Réunion et dans les Antilles.

Taux standardisé d'hospitalisation pour un acte lié à l'assistance médicale à la procréation en 2016-2018 (pour 1 000 femmes de 15-49 ans)



*Population de référence : France entière au RP 2006.

Champ : France entière (hors Mayotte).

Sources : Atih - PMSI-MCO , Insee - exploitation ORS Bourgogne-Franche-Comté, Fnors.

Actuellement, les meilleurs taux de succès, sans don de gamète, sont obtenus après une FIV-ICSI, avec environ 22 naissances en moyenne pour 100 tentatives.²⁴ Un parcours de PMA est généralement jalonné de nombreux échecs. À cet égard, les 25 614 naissances vivantes enregistrées en 2016 doivent être mises en regard des 151 611 tentatives, toutes techniques confondues, recensées la même année. Certains pays européens, obéissant à des critères plus souples, présentent des taux de naissance par

²³ Codes de la CCAM chapitre 09-02 – Assistance médicale à la procréation voir le détail des codes retenus en annexe.

²⁴ GRYNBERG Michael, **Assistance médicale à la procréation (AMP). Des techniques pour aider les couples infertiles**, INSERM, 2018-03, en ligne : <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/assistance-medecale-procreation-amp>

tentative de PMA plus favorables que ceux observés en France.²⁵ Une étude bibliométrique internationale publiée en 2015 attribue les premières places aux États-Unis, au Royaume-Uni, aux Pays-Bas, à la Belgique et à l'Espagne.²⁶ Ainsi, une partie des demandes de PMA avec don de gamètes est satisfaite hors de France.²⁷

Considérée en France comme un soin, la PMA est prise en charge à 100 % par l'assurance maladie dans la limite de six inséminations intra-utérines et de quatre tentatives de fécondation in vitro pour les femmes. Ce principe de remboursement intégral, propre à la France, connaît certains aménagements, tenant à la fois aux dépassements pratiqués par certains médecins exerçant dans le secteur privé et aux facturations supposées pallier l'incomplétude de la nomenclature dans certains centres privés de PMA. Depuis 2005, l'assurance maladie interrompt ses remboursements au 43^e anniversaire de la femme. À compter de cet âge, les chances de succès de l'assistance médicale à la procréation sont très faibles. De plus, elles deviennent plus faibles en moyenne que les chances de succès de la conception naturelle, même chez les couples connaissant des troubles de la fertilité.

📌 Éléments de perspective

La PMA a toujours été perçue, en France, comme un procédé ayant une finalité thérapeutique. Le législateur, à travers l'encadrement de la PMA, a soutenu pendant longtemps le seul modèle familial traditionnel. Ce « modèle bioéthique français » a été largement remis en cause face à l'évolution du modèle matrimonial et à l'apparition de nouveaux schémas familiaux. Un tourisme procréatif illégal, pourtant admis par la Cour de cassation, s'est mis en place générant des incohérences.²⁸

Ainsi le projet de loi en cours d'examen par la Parlement relatif à la bioéthique prévoit l'ouverture du droit à la PMA aux couples de femmes et aux femmes célibataire et supprime l'exigence d'une infertilité pathologique pour recourir à la PMA.²⁹ Le texte ouvre aux deux sexes la possibilité de faire prélever et conserver leurs gamètes (sperme et ovocytes), et plus seulement pour des raisons médicales, uniquement dans des établissements autorisés. Un amendement adopté en première lecture par l'Assemblée nationale interdit aux entreprises publiques et privées de prendre en charge l'autoconservation des gamètes de leur salariées. Le texte assouplit le régime de recherches sur l'embryon et les cellules souches embryonnaires. Les recherches sur les cellules souches embryonnaires, passent d'un régime d'autorisation par l'Agence de la biomédecine à celui plus souple d'une déclaration préalable, à laquelle cette agence peut ensuite s'opposer. Le délai de réflexion d'une

²⁵ **Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale**, Cours des comptes, 2019-10, 458 p. <https://www.ccomptes.fr/system/files/2019-10/RALFSS-2019-09-assistance-medicale-procreation.pdf>

²⁶ ALEIXANDRE-BENAVENT Rafael, SIMON Carlos, FAUSER Bart, **Trends in clinical reproductive medicine research: 10 years of growth**, Fertility and sterility, vol. 104, n° 1, 2015, p. 131-137 [https://www.fertstert.org/article/S0015-0282\(15\)00230-7/pdf](https://www.fertstert.org/article/S0015-0282(15)00230-7/pdf)

²⁷ GRYNBERG Michael, **Assistance médicale à la procréation (AMP). Des techniques pour aider les couples infertiles**, INSERM, 2018-03, en ligne :

<https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/assistance-medicale-procreation-amp>

²⁸ GRAND Camille, **L'ouverture de la procréation médicalement assistée aux couples de femmes et aux femmes célibataires**, Faculté de droit de Saint Etienne, 2018, 111 p.

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02061603/document>

²⁹ **Projet de loi adopté par l'Assemblée nationale relatif à la bioéthique**, Sénat, n°63, 2019-10-16, 72 p. <http://www.senat.fr/leg/pjl19-063.pdf>

semaine en cas d'interruption médicale de grossesse est supprimé. Le texte crée une nouvelle catégorie d'avortement, l'interruption volontaire partielle d'une grossesse multiple en cas de mise en péril de la santé de la femme, des embryons et des fœtus. Cette intervention doit avoir lieu avant la fin de la douzième semaine de grossesse après consultation d'une équipe pluridisciplinaire. Le texte interdit aussi la modification d'un embryon humain par adjonction de cellules d'autres espèces. Comme les précédentes lois de bioéthique, la nouvelle loi devra être de nouveau examinée par le Parlement dans un délai maximal qui est désormais fixé à cinq ans après sa promulgation.³⁰

Compte-tenu de l'augmentation tendancielle de l'âge moyen de la procréation et des évolutions législatives le nombre de femmes ayant recours à la PMA devrait continuer à croître dans les prochaines années.

En quelques chiffres

- En 2017, 25 614 enfants sont nés après une PMA (3,3 % des naissances).
- L'insémination artificielle représente 37 % des tentatives de PMA, la fécondation *in vitro* 63 %.
- Sur la période 2016-2018, en France (hors Mayotte) on enregistre 8,3 séjours hospitaliers pour 1 000 femmes de 15-49 ans pour un acte lié à l'assistance médicale à la procréation concernant les femmes.

³⁰ **Projet de loi relatif à la bioéthique**, Vie publique, 2019-10-16, en ligne : <https://www.vie-publique.fr/loi/268659-projet-de-loi-relatif-la-bioethique>

Contraception et interruptions volontaires de grossesse

Accès à la contraception

Depuis la législation de la contraception en 1967, le paysage contraceptif n'a cessé d'évoluer en France : avec notamment la diversification progressive des moyens de contraception (nouvelles méthodes hormonales, autorisation de la contraception définitive)³¹. L'offre en matière de contraception est constituée principalement des contraceptifs oraux (« pilule »), du dispositif intra-utérin (DIU) et du préservatif. La diversification des méthodes a été soutenue par des recommandations de prescription qui ont ouvert l'usage des DIU aux femmes nullipares et facilité le recours à l'implant, à l'anneau et au patch contraceptif. En parallèle, le renforcement de la législation a permis le remboursement de certains contraceptifs et amélioré l'accès à la contraception (y compris d'urgence) et à l'avortement pour les mineures. En France, le schéma contraceptif est longtemps resté le même au cours de la vie des femmes : utilisation du préservatif lors de l'entrée dans la sexualité, adoption de la pilule lors de la mise en couple jusqu'à son remplacement par le DIU pour les femmes ayant eu des enfants.

Suite à la crise de la pilule en 2012-2013, avec la mise en avant des risques associés aux méthodes contraceptives, les conditions d'accès aux pilules de 3^e et 4^e génération ont été modifiées (déremboursement). On constate également des modifications des comportements des femmes avec une baisse globale de l'utilisation de la contraception orale et un report vers le DIU et le préservatif.

Le Baromètre santé 2016 a permis d'interroger 4 315 femmes âgées de 15-49 ans dont 71,9 % étaient concernées par la contraception (sont exclues les femmes n'ayant pas eu de rapport sexuel avec un homme au cours des douze derniers mois, les femmes enceintes ou qui cherchent à avoir un enfant, les femmes stériles ou ménopausées).

En 2016, 71,8 % des femmes ont recours à une méthode médicalisée pour assurer leur contraception (pilule, DIU, implant, patch, anneau, injection, stérilisation tubulaire, vasectomie du conjoint). La pilule reste la méthode de contraception la plus utilisée chez les femmes de 15-49 ans (36,5 %). Son utilisation est la plus importante chez les 15-19 ans et les 20-24 ans (respectivement 60,4 % et 59,5 %),

³¹Rahib D, Le Guen M, Lydie N. **Baromètre sante 2016. Contraception. Quatre ans après la crise de la pilule, les évolutions se poursuivent.** Saint-Maurice : Sante publique France, 2017. 8p. En ligne : <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/sante-sexuelle/documents/depliant-flyer/barometre-sante-2016-contraception>

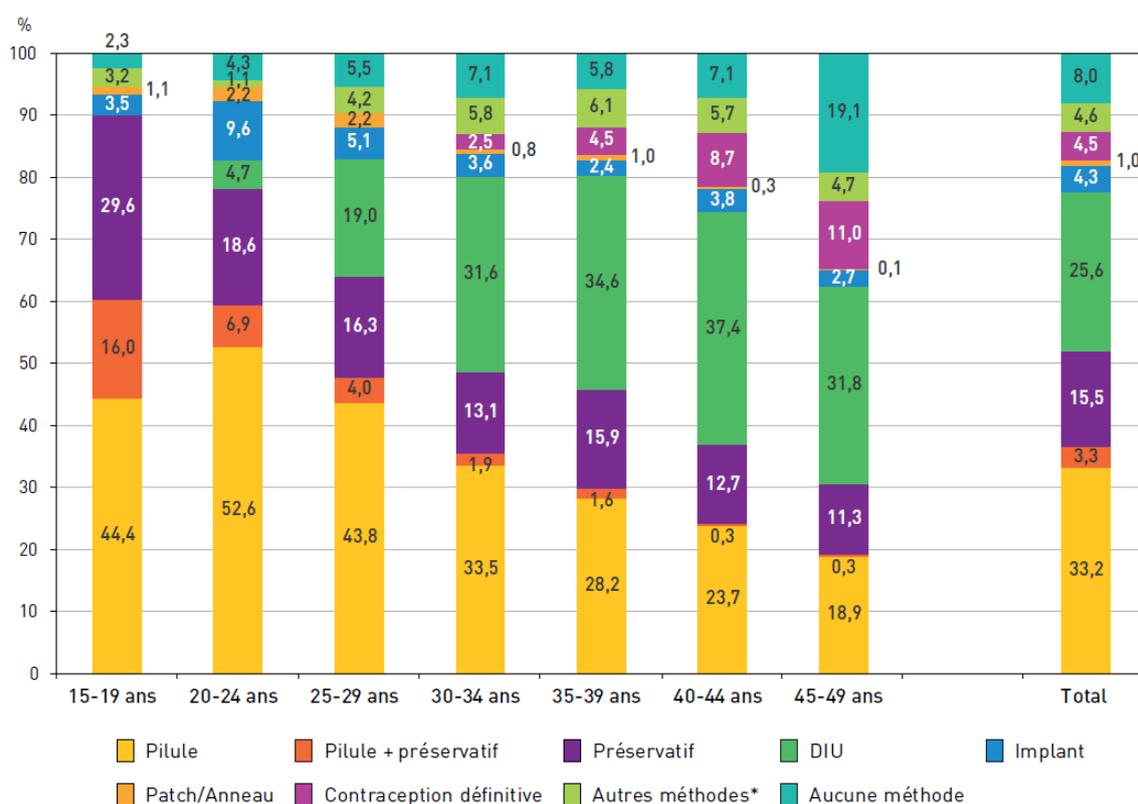
après 25 ans elle diminue (une femme sur deux chez les 25-29 ans, une femme sur trois chez les 30-34 ans et moins d'une femme sur quatre sur les 45-49 ans).

L'utilisation du DIU apparaît chez les femmes de 20-24 ans (4,7 %) et son utilisation augmente avec l'âge, elle est la plus importante au-delà de 30 ans. Il est le contraceptif le plus utilisé chez les 35 ans et plus et, est davantage utilisé chez les femmes ayant déjà eu des enfants. Parmi les 25-29 ans, 7,6 % des femmes nullipares utilisent un DIU alors qu'elles sont 31,8 % chez les femmes qui ont des enfants. Cette tendance se trouve pour toutes les classes d'âge.

Pour les autres méthodes contraceptives, l'implant est le plus utilisé chez les 20-24 ans et davantage chez les femmes ayant déjà eu des enfants. La contraception définitive augmente avec l'âge et concerne en majorité les femmes de 40 ans et plus.

L'utilisation du préservatif seul est fortement dépendante de l'âge : c'est le moyen le plus utilisé chez les 15-19 ans (29,6 %) puis son usage diminue au fil des âges, plus d'une femme de 45-49 ans sur 10 y a recours. Les méthodes traditionnelles sont quant à elles utilisées par une minorité de femmes et plutôt après 25 ans.

Méthodes de contraception utilisées en France en 2016 par les femmes concernées par la contraception selon l'âge (pour 100)



Champ : femmes de 15-49 ans résidant en France métropolitaine, non enceintes, non stériles, ayant eu une relation sexuelle avec un homme au cours des douze derniers mois et ne souhaitant pas avoir d'enfant.

* Cette catégorie comprend le diaphragme, la cape et les méthodes dites traditionnelles telles que la symptothermie, la méthode des températures et le retrait.

Sources : Baromètre santé 2016, Santé publique France.

Depuis 2010, on observe une baisse significative du recours à la pilule chez les femmes de 15-49 ans. Le constat est similaire pour chacune des classes d'âge à l'exception des 15-19 ans où son utilisation est restée stable. À l'inverse, trois méthodes de contraception ont vu leur usage augmenter : le préservatif, le DIU et l'implant. La « crise de la pilule » explique en partie ces évolutions. Cependant, elles sont variables selon les classes d'âge.

Entre 2010 et 2016, chez les 15-19 ans, le schéma contraceptif est relativement stable, seul le recours à l'implant a augmenté entre 2010 et 2016. Chez les 20-24 ans, la baisse du recours à la pilule s'est accompagnée d'une hausse du recours au DIU (plus marquée entre 2010 et 2013) suivie par une augmentation de l'utilisation de l'implant à partir de 2013. Chez les 25-29 ans, la diminution de l'utilisation de la pilule a été importante entre 2010 et 2013, les femmes se reportant vers le DIU et vers le préservatif mais dans une moindre mesure. Un constat similaire est fait chez les 30-44 ans avec une hausse du recours du DIU sur l'ensemble de la période.

**Évolution de l'utilisation des différentes méthodes de contraception en France
(pour 100 femmes de 15-49 ans concernées par la contraception)**

	2010	2013	2016	Évolution 2010-2016
Pilule	40,8	36,3	33,2	↘
Pilule + préservatif	4,2	4,2	3,3	→
Préservatif	10,8	13,8	15,5	↗
DIU	18,7	22,8	25,6	↗
Implant	2,4	3,5	4,3	↗
Patch/Anneau	1,3	1,2	1,1	→
Autres méthodes*	4,7	6,0	4,6	→
Aucune méthode	13,6	9,1	8,0	↘

Un test Chi2 simple a été effectué : les cellules vertes indiquent que l'évolution entre deux périodes est significative ($p < 0,05$).

Champ : femmes de 15-49 ans résidant en France métropolitaine, non enceintes, non stériles, ayant eu une relation sexuelle avec un homme au cours des douze derniers mois et ne souhaitant pas avoir d'enfant.

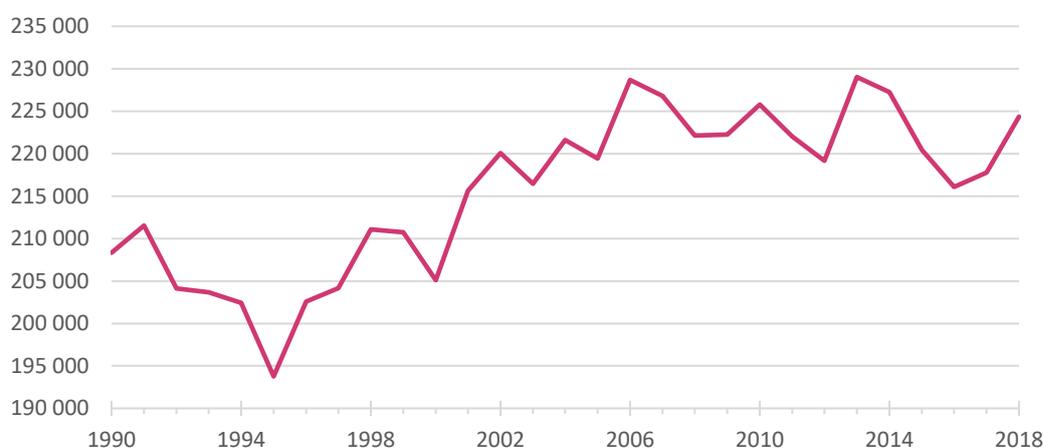
* Cette catégorie comprend le diaphragme, la cape et les méthodes dites traditionnelles telles que la symptothermie, la méthode des températures et le retrait.

Sources : Enquête Fecond 2010, Enquête Fecond 2013, Baromètre santé 2016, Santé publique France.

Interruptions volontaires de grossesse

En 2018, 224 300 interruptions volontaires de grossesse (IVG) ont été réalisées en France³². On enregistre environ une IVG pour trois naissances. Depuis 2001, le nombre annuel d'IVG varie entre 215 000 et 230 000 et ne cesse croître.

Évolution du nombre d'IVG depuis 1998



Sources : Drees, SAE, PMSI-MCO ; Cnam Erasme puis DCIR (nombre de forfaits médicamenteux remboursés selon la date de liquidation du remboursement et pour le régime général jusqu'en 2009, selon la date des soins et pour tous les régimes depuis 2010) ; calculs Drees.

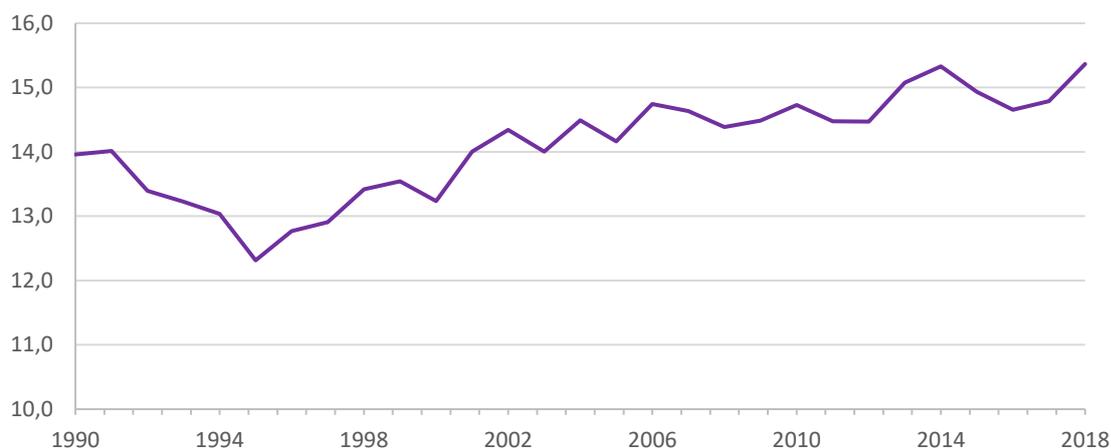
Dans l'ensemble, l'évolution du nombre de naissances et celle des IVG sont similaires. Le ratio d'avortement (rapport du nombre d'IVG au nombre de naissances pour une année donnée), reste plutôt stable depuis 1990.

L'indice conjoncturel d'avortement (nombre moyen d'IVG que connaîtrait une femme tout au long de sa vie selon les taux de recours par âge de l'année considérée), est en légère augmentation, il s'élève à 0,56 en 2018.

En 2018, le taux de recours à l'IVG est de 15,0 IVG pour 1 000 femmes de 15-49 ans en France métropolitaine et 27,8 IVG dans les Drom (Mayotte inclus). Le taux de recours le plus élevé est enregistré chez les femmes de 20-29 ans (supérieur à 25 IVG pour 1 000). Cependant, des différences d'évolution sont à noter selon les classes d'âge considérées. Alors que le taux des recours des femmes de 20-24 reste stable, il est en baisse chez les plus jeunes (moins de 20 ans) et en augmentation chez les plus âgées (25 à 44 ans). Globalement, le taux de recours à l'IVG augmente depuis 1995.

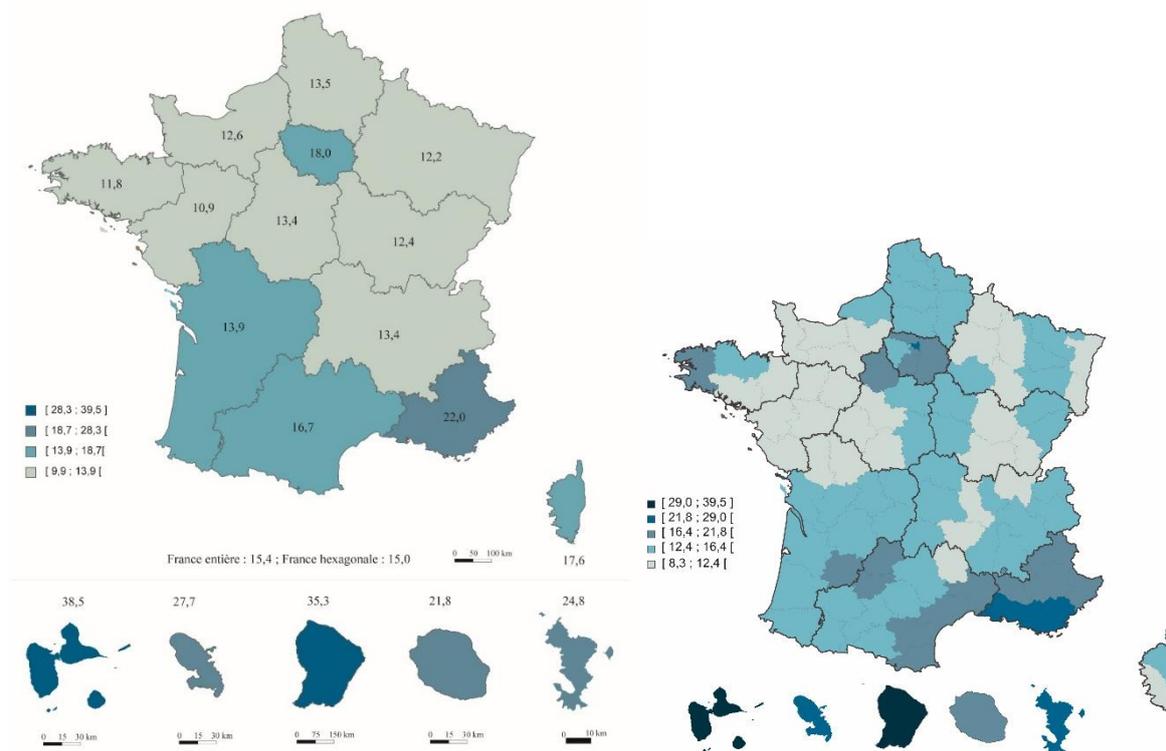
³² VILAIN Annick, 224 300 interruptions volontaires de grossesse en 2018, Drees, Études et résultats n°1125, Septembre 2019. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1125.pdf>

**Évolution du taux de recours à l'IVG depuis 1990
(pour 1 000 femmes de 15-49 ans)**



Sources : Drees, SAE, PMSI-MCO ; Cnam Erasme puis DCIR (nombre de forfaits médicamenteux remboursés selon la date de liquidation du remboursement et pour le régime général jusqu'en 2009, selon la date des soins et pour tous les régimes depuis 2010) ; Insee, estimations localisées de population au 1^{er} janvier 2018 ; calculs Drees.

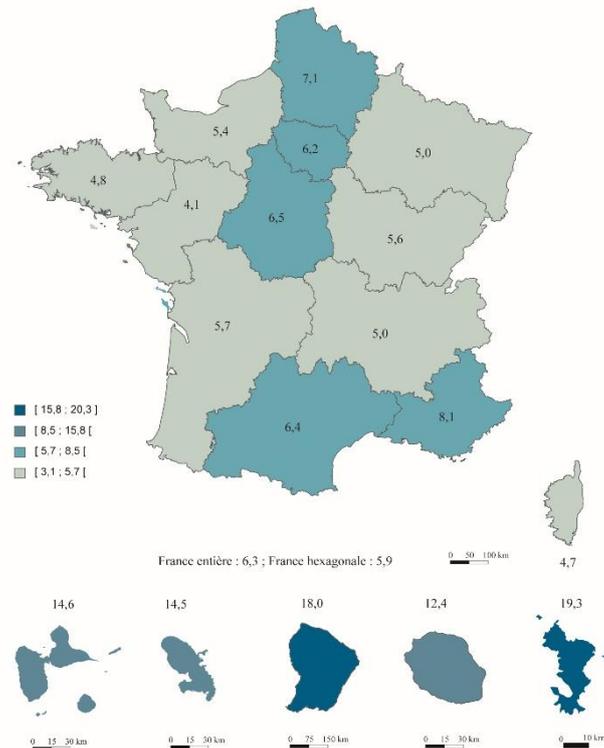
**Taux de recours à l'IVG chez les femmes de 15-49 ans en 2018
(pour 1 000 femmes de 15-49 ans)**



Sources : Drees, PMSI-MCO ; Insee, estimations localisées de populations au 1er janvier 2018 ; Cnam données de consommation interrégimes, nombre de forfaits médicamenteux remboursés selon la date des soins.

Sur l'ensemble des régions, les taux les plus élevés sont observés dans les Outre-mer avec des taux de recours supérieurs à 20,0 IVG pour 1 000 femmes 15-49 ans et allant jusqu'à 35,3 IVG et 38,5 IVG pour 1 000 femmes en Guadeloupe et en Guyane. En métropole, les taux de recours à l'IVG sont les plus élevés dans les régions Provence-Alpes-Côte d'Azur et Île-de-France (respectivement 22,0 IVG et 18,0 IVG pour 1 000 femmes) suivies par la Corse, l'Occitanie et la Nouvelle-Aquitaine. Le taux de recours à l'IVG le plus faible est observé en Pays de la Loire : 10,9 IVG pour 1 000 femmes de 15-49 ans.

**Taux de recours à l'IVG chez les femmes de 15-17 ans en 2018
(pour 1 000 femmes de 15-17 ans)**



Sources : Drees, PMSI-MCO ; Insee, estimations localisées de populations au 1er janvier 2018 ; Cnam données de consommation interrégimes, nombre de forfaits médicaux remboursés selon la date des soins.

Chez les mineures, les taux de recours sont également les plus élevés dans les Outre-mer avec 19,3 IVG pour 1 000 femmes de 15-17 ans à Mayotte et 18,0 IVG en Guyane. Les taux des autres Drom oscillent entre 12,4 IVG pour 1 000 mineures à La Réunion et 14,5 IVG en Martinique et Guadeloupe. Dans les régions métropolitaines, les taux de recours varient de 4,1 IVG pour 1 000 femmes mineures en Pays de la Loire à 8,1 IVG en Provence-Alpes-Côte d'Azur.

En 2018, 24 % des IVG en métropole ont été pratiquées en cabinet libéral, dans les centres de santé ou dans les centres de planification et d'éducation familiale. Cela représente 50 000 IVG en métropole et 5 500 dans les Drom. Les IVG médicamenteuses représentent 69 % des IVG réalisées en 2018.

En quelques chiffres

- En 2016, 71,8 % des femmes de 15-49, concernées par la contraception, ont recours à une méthode médicalisée pour assurer leur contraception.
- La pilule est la méthode contraceptive la plus utilisée : cela concerne 36,5 % des femmes, suivie par le dispositif intra-utérin (25,6 %) et le préservatif (15,5 %).
- Le recours aux différentes méthodes de contraception est fortement dépendant de l'âge.
- En 2018, on enregistre environ une interruption volontaire de grossesse pour trois naissances. Le taux de recours correspondant est de 15,0 IVG pour 1 000 femmes de 15-49 ans en France métropolitaine et 27,8 IVG dans les Drom.

Cancers du sein et des organes génitaux de la femme

Cancer du sein

L'étiologie du cancer du sein est multifactorielle. L'évolution de l'incidence de ce cancer est probablement en partie liée aux modifications des principaux facteurs de risque connus. Les facteurs hormonaux et reproductifs ont évolué défavorablement au fil des générations (diminution séculaire de l'âge à la puberté, diminution du nombre moyen d'enfants par femme pour les femmes nées après 1930, augmentation de l'âge au premier enfant pour les femmes nées après 1950, diminution des pratiques d'allaitement et ménopause plus tardive). D'autres facteurs de risque reconnus semblent évoluer plus favorablement, comme la consommation d'alcool qui serait encore responsable de 15 % des cas de cancer du sein en France selon un récent rapport du Centre International de Recherche sur le Cancer (CIRC).³³ Ce rapport attribue également 8 % des cas au surpoids et à l'obésité, dont la prévalence a augmenté durant les années 1990 avant de se stabiliser depuis 2009, et 3 % à une activité physique trop faible³⁴. L'exposition aux radiations ionisantes, notamment médicale pour traitement d'un cancer dans l'enfance, est également un facteur de risque reconnu de cancer du sein. Des facteurs qui ne sont pas encore confirmés comme le travail de nuit, les perturbateurs endocriniens, certaines expositions professionnelles aux solvants, pourraient aussi être impliqués dans la survenue du cancer du sein. Enfin, 5 à 10 % des cancers du sein sont liés à des mutations génétiques héréditaires.³⁵

³³ RICHARD Jean Baptiste, BECK François, **Tendances de long terme des consommations de tabac et d'alcool en France, au prisme du genre et des inégalités sociales**, BEH, n°7-8, 2016, pp. 126-133
http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2016/7-8/pdf/2016_7-8_4.pdf

³⁴ **ObÉpi : Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité**, Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale, Kantar Health, Roche, 2012, 59 p.
https://www.roche.fr/content/dam/rochexx/roche-fr/roche_france/fr_FR/doc/obepi_2012.pdf

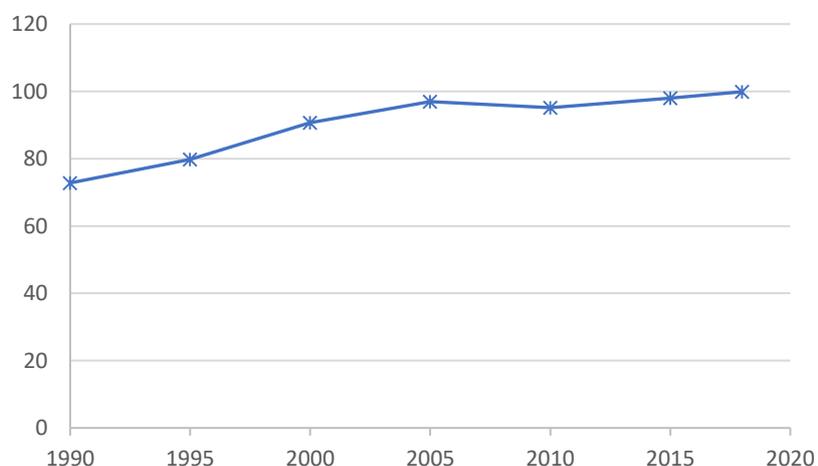
³⁵ **Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018. Etude à partir des registres des cancers du réseau Fancim. Vol.1 – Tumeurs solides**, Santé publique France, Francim, Institut national du cancer, 2019, 371 p.
<https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Rapport-Volume-1-Tumeurs-solides-Estimations-nationales-de-l-incidence-et-de-la-mortalite-par-cancer-en-France-metropolitaine-entre-1990-et-2018-juillet-2019>

Incidence

Le rapport 2019 « Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine » estime le nombre de nouveaux cas de cancer du sein chez la femme en France en 2018 à 58 459. Le taux d'incidence selon l'âge en 2018 progresse à partir de l'âge de 30 ans pour atteindre une valeur maximale de 420,9 pour 100 000 chez les femmes entre 70 et 74 ans. En 2018, l'âge médian au diagnostic est de 63 ans.

Entre 1990 et 2018, le nombre annuel de nouveaux cas de cancer du sein chez la femme a presque doublé passant de 30 000 à 58 400 cas annuels (+ 95 %). Cette hausse est attribuable pour moitié (+ 48 %) à une augmentation du risque et pour moitié à l'augmentation et au vieillissement de la population (respectivement + 26 % et + 21 %).

Évolution des taux standardisés* d'incidence du cancer du sein chez les femmes entre 1990 et 2018 (pour 100 000 personnes-années)



*Taux standardisés monde.

Champ : France métropolitaine

Sources : Données des registres des cancers du réseau Francim - Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018 - Volume 1 - Tumeurs solides.

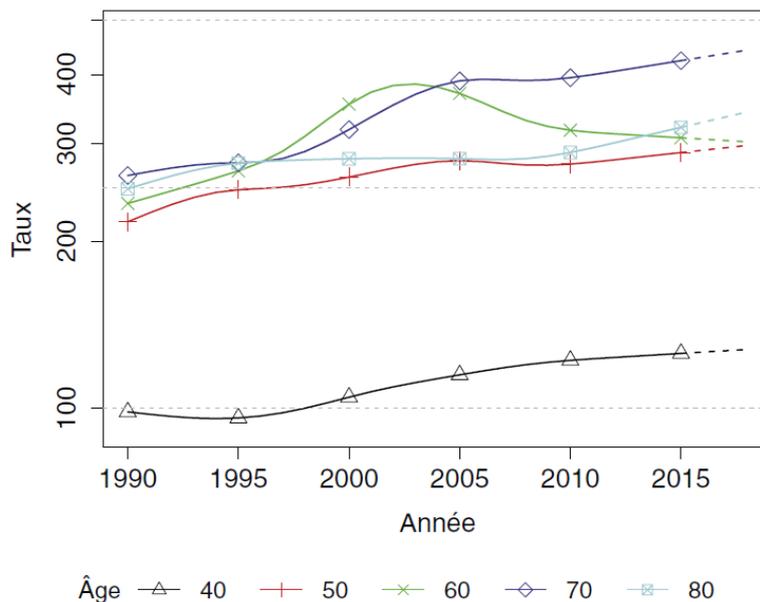
Le taux d'incidence de ce cancer est en augmentation sur la période d'étude, avec un accroissement en moyenne de + 1,1 % par an entre 1990 et 2018 (de 72,8 à 99,9 pour 100 000) et de + 0,6 % par an sur la période récente 2010-2018. Toutefois, cette évolution n'est pas régulière : après une forte augmentation en début de période, le taux d'incidence a légèrement diminué de 97,0 pour 100 000 en 2005 à 95,0 en 2009 puis a repris une évolution à la hausse plus modérée jusqu'en 2018.³⁶

³⁶ **Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018. Etude à partir des registres des cancers du réseau Francim. Vol.1 – Tumeurs solides**, Santé publique France, Francim, Institut national du cancer, 2019/07, 371 p.

<https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Rapport-Volume-1-Tumeurs-solides-Estimations-nationales-de-l-incidence-et-de-la-mortalite-par-cancer-en-France-metropolitaine-entre-1990-et-2018-juillet-2019>

Entre 1990 et 2018, une augmentation moyenne de + 1 % par an est enregistré pour l'ensemble des âges, à l'exception des femmes de 70 ans et plus pour lesquelles l'augmentation est de + 1,9 %. Cependant, ces évolutions diffèrent selon les âges tout au long de la période : alors que l'incidence augmente chez les plus jeunes et les plus âgées, un pic suivi d'une baisse à partir de 2005 est observé chez les femmes d'âge intermédiaire.

**Évolution des taux d'incidence du cancer du sein chez les femmes selon l'âge, entre 1990 et 2018
(pour 100 000 personnes-années)**



Échelle logarithmique

Champ : France métropolitaine

Sources : Données des registres des cancers du réseau Francim - Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018 - Volume 1 - Tumeurs solides.

Taux d'incidence standardisé lissé du cancer du sein 2007-2016
(pour 100 000 personnes-années)

Région	Taux d'incidence standardisé lissé du cancer du sein	Intervalle de confiance
Auvergne-Rhône-Alpes	94	[92 ; 96]
Bourgogne-Franche-Comté	89	[86 ; 91]
Bretagne	90	[87 ; 92]
Centre-Val de Loire	100	[97 ; 103]
Corse	91	[85 ; 97]
Grand-Est	95	[93 ; 98]
Guadeloupe	66	[62 ; 69]
Guyane	53	[47 ; 60]
Hauts-de-France	104	[101 ; 107]
Île-de-France	104	[101 ; 106]
Martinique	61	[58 ; 64]
Mayotte	Nd	Nd
Normandie	95	[92 ; 98]
Nouvelle-Aquitaine	95	[93 ; 97]
Occitanie	96	[94 ; 99]
Pays de la Loire	100	[97 ; 103]
Provence-Alpes-Côte d'Azur	101	[98 ; 104]
Réunion	Nd	Nd

Nd : Données non disponibles

Sources : Registres des cancers du réseau Francim, SNDS, Insee – Santé publique France, Geodes.

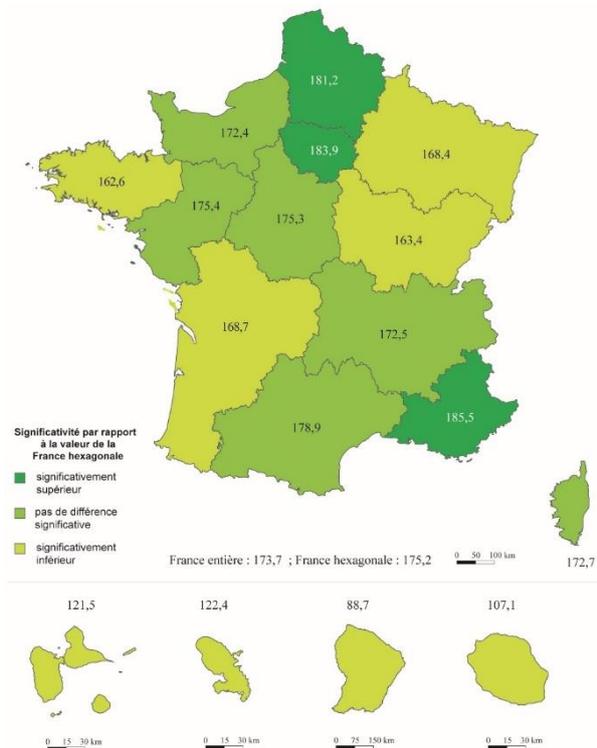
À l'échelle régionale, les taux d'incidence standardisés sont les plus faibles dans les Antilles et en Guyane. Au sein de l'Hexagone, la Bourgogne-Franche-Comté, la Bretagne et la Corse présentent les taux d'incidence les plus faibles. Les taux les plus élevés sont observés dans les Hauts-de-France, en Île-de-France, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Centre-Val de Loire et Pays de la Loire.

Admissions en affections de longue durée³⁷

En 2012-2014, pour l'ensemble des trois principaux régimes d'Assurance maladie (général, agricole et des indépendants), près de 62 100 admissions en affection de longue durée (ALD) pour cancer du sein ont été dénombrées en moyenne chaque année en France. Le taux standardisé correspondant s'élève à 173,7 pour 100 000 femmes.

³⁷ Les données d'ALD permettent d'approcher la morbidité diagnostiquée, mais ne sont pas le reflet de la morbidité réelles. Seules les personnes diagnostiquées pour lesquelles le médecin fait une demande d'exonération du ticket modérateur au titre d'une ALD sont comptabilisées. Aussi, certaines régions peuvent présenter des taux d'ALD moins élevés que d'autres, ceci ne signifiant pas forcément que la situation en regard de la pathologie abordée est plus favorable sur ces territoires.

**Taux standardisé d'admission en ALD pour
cancer du sein chez les femmes en 2012-2014
(pour 100 000 femmes)**



Les régions d'Outre-mer et celles de Bretagne, Bourgogne-Franche-Comté, Grand Est et Nouvelle-Aquitaine présentent des taux standardisés d'admission en ALD inférieurs à la valeur nationale. Trois régions présentent des taux significativement plus élevés : Hauts-de-France, Île-de-France et Provence-Alpes-Côte d'Azur.

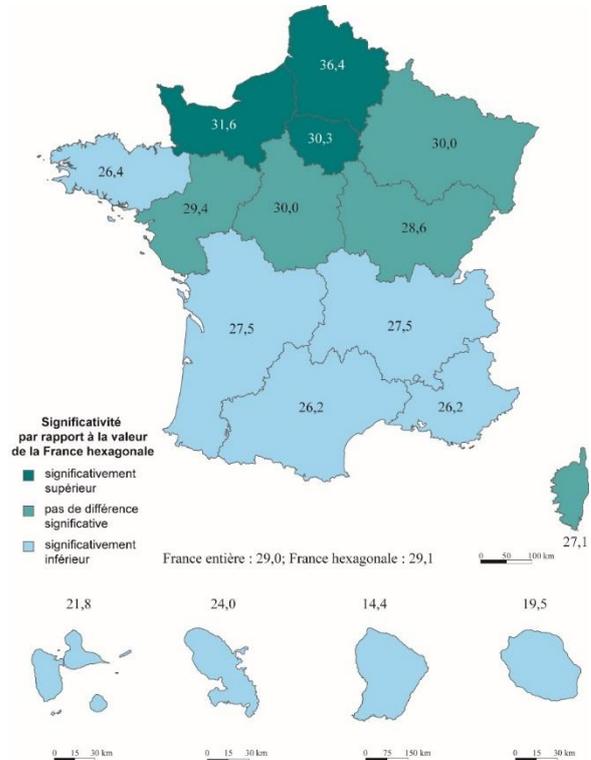
*Population de référence : France entière au RP 2006.
Champ : France entière (hors Mayotte).
Sources : CCMSA, Cnam, CNRSI, Insee - exploitation Fnors.

Mortalité

En France, sur la période 2013-2015, près de 12 200 décès féminins annuels moyens par cancer du sein ont été enregistrés. Le taux standardisé correspondant s'élève à 29,0 pour 100 000 femmes.

**Taux standardisé de mortalité par cancer du sein chez les femmes en 2013-2015
(pour 100 000 femmes)**

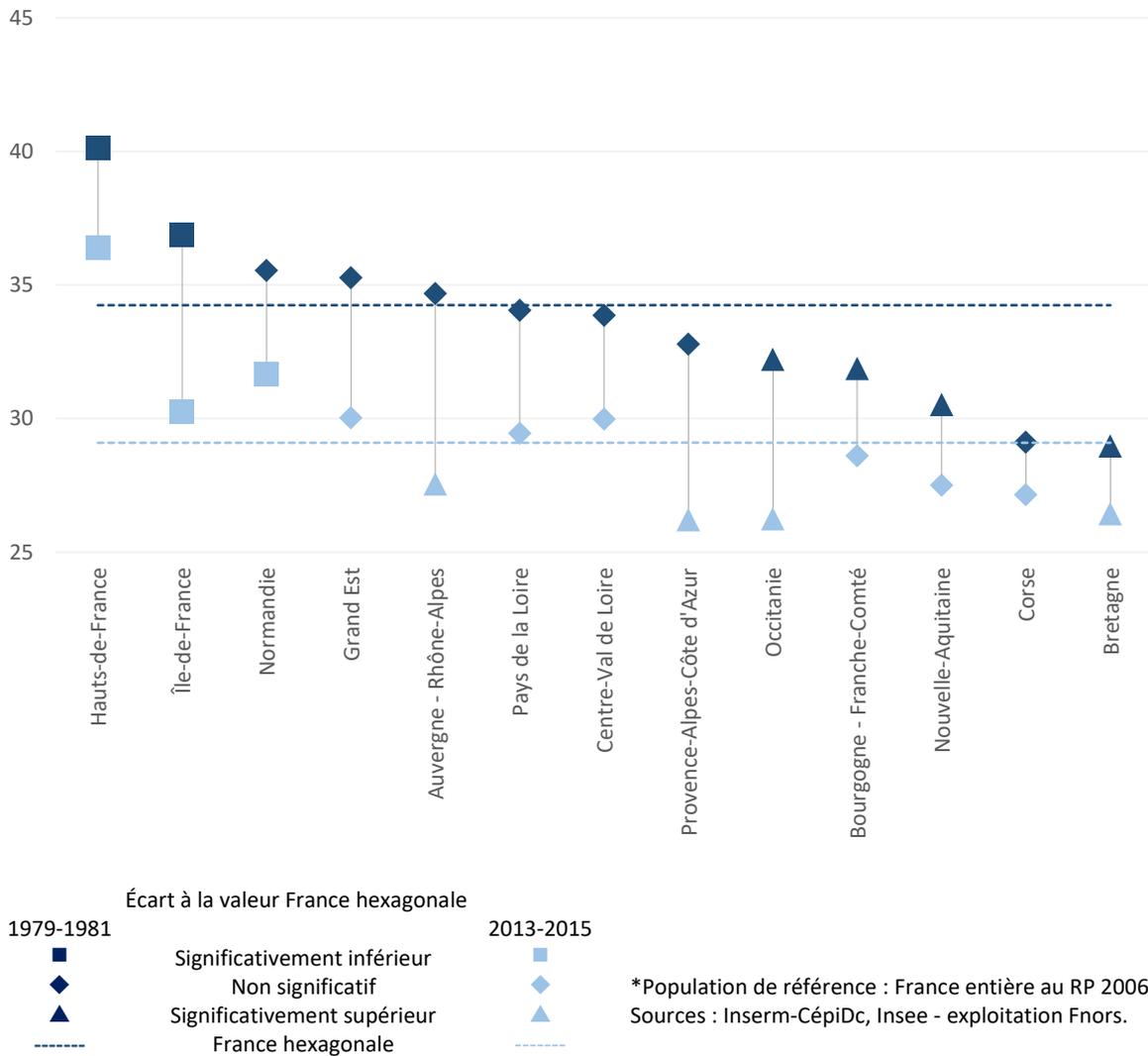
À l'échelle régionale, les Drom et les régions métropolitaines de la moitié sud et la Bretagne présentent des taux significativement inférieurs à la valeur nationale, alors que les régions Île-de-France, Normandie et Hauts-de-France y sont supérieurs.



*Population de référence : France entière au RP 2006.
Champ : France entière (hors Mayotte).
Sources : Inserm-CépiDc, Insee - exploitation Fnors.

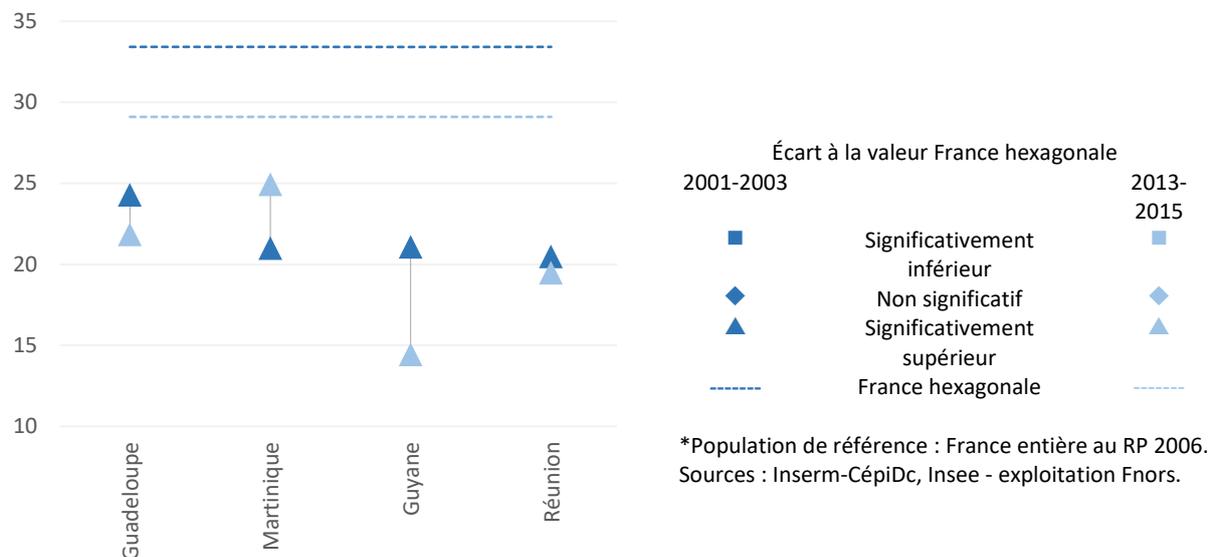
En trois décennies, la mortalité par cancer du sein a diminué de 15 % en Métropole. La diminution a été la plus importante en Île-de-France et Occitanie (de l'ordre de 18 %) et en Auvergne-Rhône-Alpes et Provence-Alpes Côte d'Azur (environ 20 %). Pour ces deux dernières régions, proches de la valeur métropolitaine en 1979-1981, elles y sont significativement inférieures trente-cinq ans plus tard. À l'inverse, les régions Bourgogne-Franche-Comté et Nouvelle-Aquitaine présentent des taux inférieurs à la valeur métropolitaine en 1979-1981 mais ne s'en distinguent plus en 2013-2015. La mortalité des Hauts-de-France et d'Île-de-France reste supérieure à la valeur nationale sur l'ensemble de la période. En Normandie, alors que le taux était similaire au taux métropolitain en 1979-1981, il y est supérieur en 2013-2015. L'Occitanie et la Bretagne présentent des taux inférieurs à la valeur nationale sur l'ensemble de la période.

Évolution des taux standardisés de mortalité par cancer du sein chez les femmes entre 1979-1981 et 2013-2015 en Métropole (pour 100 000 femmes)



Sur la période 2001-2003 à 2013-2015, les taux de mortalité des régions ultramarines, sont nettement inférieurs à la valeur nationale. La mortalité diminué de façon variable (de 5 % à la Réunion à près de 30 % en Guyane), à l'exception de la Martinique où elle a augmenté de près de 20 %.

Évolution des taux standardisés de mortalité par cancer du sein entre 2001-2003 et 2013-2015 dans les régions ultramarines (pour 100 000 femmes)



En 2013-2015, les décès prématurés (avant 65 ans) par cancer du sein chez les femmes représentent près de 3 750 décès en moyenne annuelle. Chez les femmes, les décès par cancer du sein représentent un peu plus de 10 décès prématurés sur 100. Le taux standardisé correspondant est de 13,0 pour 100 000 femmes de moins de 65 ans. La mortalité prématurée féminine par cancer du sein est supérieure à celle observée sur l'ensemble du territoire français en Normandie et Hauts-de-France. À l'inverse, elle y est nettement inférieure en Occitanie, Auvergne-Rhône-Alpes, Provence-Alpes-Côte d'Azur et à la Réunion, qui est la seule région ultramarine à se distinguer de la valeur France.

Le cancer du sein est un cancer de bon pronostic avec une survie nette à 5 ans de 88 % pour les cancers diagnostiqués entre 2005 et 2010. La survie est d'autant meilleure que le cancer est diagnostiqué à un stade précoce. En 2018, l'âge médian au décès est de 74 ans. Une diminution du taux de mortalité est observée depuis le milieu des années 1990, en lien avec des progrès thérapeutiques majeurs (hormonothérapie, taxanes, traitements ciblés adaptés au profil moléculaire de la tumeur) et avec une augmentation de la proportion de cancers diagnostiqués à un stade précoce, notamment grâce au dépistage. Toutefois, en raison du grand nombre de diagnostics annuels, le cancer du sein reste la première cause de décès par cancer chez la femme en France.³⁸

³⁸ **Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018. Etude à partir des registres des cancers du réseau Francim. Vol.1 – Tumeurs solides**, Santé publique France, Francim, Institut national du cancer, 2019, 371 p.
<https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Rapport-Volume-1-Tumeurs-solides-Estimations-nationales-de-l-incidence-et-de-la-mortalite-par-cancer-en-France-metropolitaine-entre-1990-et-2018-juillet-2019>

/ Dépistage et prévention

Selon le rapport du Centre international de recherche sur le cancer (CIRC), 37 % des cancers du sein seraient actuellement liés à des facteurs de risque modifiables.³⁹ Il est donc essentiel de poursuivre les efforts de prévention vis à vis des facteurs de risque évitables, qui sont pour la plupart communs à d'autres pathologies cancéreuses ou non (alcool, surpoids, sédentarité, tabac). Une part importante des cancers restant inaccessible à la prévention primaire, le diagnostic précoce doit également faire l'objet de toutes les attentions en poursuivant l'évaluation de l'efficacité du programme national de dépistage organisé et en évaluant de nouvelles modalités de dépistage adaptées au risque individuel pour lesquelles des études de faisabilité sont en cours.⁴⁰

Par ailleurs, l'incidence du cancer du sein est également influencée par l'évolution des pratiques de dépistage. L'objectif du dépistage est de diminuer la mortalité par cancer du sein en diagnostiquant les cancers à un stade plus précoce, ce qui permet l'utilisation de traitements plus efficaces et moins agressifs. Le rapport « Stade au diagnostic des cancers du sein, du côlon et du rectum. Étude réalisée à partir des registres des cancers du réseau Francim » décrit une proportion plus élevée de stade précoce parmi les femmes de la classe d'âge cible du dépistage organisé que parmi celles des autres classes d'âge en France.⁴¹ Des études départementales ont également confirmé le diagnostic des cancers du sein à un stade plus précoce dans le cadre du dépistage. Depuis 2004, la France organise un dépistage du cancer du sein afin de permettre à toutes les femmes de 50 à 74 ans d'accéder à une prise en charge précoce, et de qualité. Ce dispositif national coexiste avec un dépistage individuel.

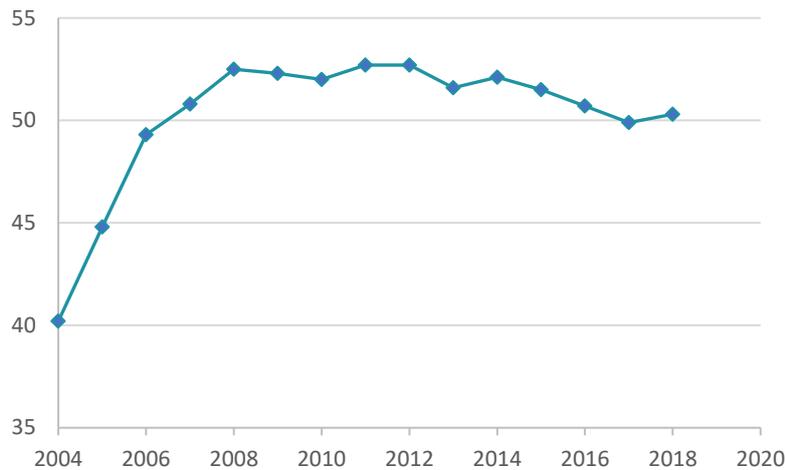
En 2017-2018, le taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein est de 49,9 % chez les femmes de 50-74 ans, en France. Après une augmentation jusqu'en 2011-2012, où il a atteint 52,7 %, le taux de participation national enregistre une diminution qui semble se ralentir.

³⁹ **Les cancers attribuables à un mode de vie et à l'environnement en France métropolitaine**, CIRC, 2018, 271 p. https://gco.iarc.fr/includes/PAF/PAF_FR_report.pdf

⁴⁰ **Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018. Etude à partir des registres des cancers du réseau Francim. Vol.1 – Tumeurs solides**, Santé publique France, Francim, Institut national du cancer, 2019, 371 p. <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Rapport-Volume-1-Tumeurs-solides-Estimations-nationales-de-l-incidence-et-de-la-mortalite-par-cancer-en-France-metropolitaine-entre-1990-et-2018-juillet-2019>

⁴¹ **Stade au diagnostic des cancers du sein, du côlon et du rectum. Étude réalisée à partir des registres des cancers du réseau Francim**, Santé publique France, Francim, Institut National du Cancer, Avril 2018, 40 p. https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKEwjc3ZSs6ajmAhWi6uAKHSV-DpkQFjAAegQIBBAC&url=https%3A%2F%2Fwww.e-cancer.fr%2Fcontent%2Fdownload%2F233155%2F3195375%2Ffile%2FStade_au_diagnostic_des_cancers_du_s_ain_du_colon_du_rectum_mel_20180418.pdf&usq=AOvVaw0G7TSaZjD8aGAUSHSHIFyg

Évolution des taux de participation au programme national de dépistage organisé du cancer du sein (pour 100 femmes de 50-74 ans)

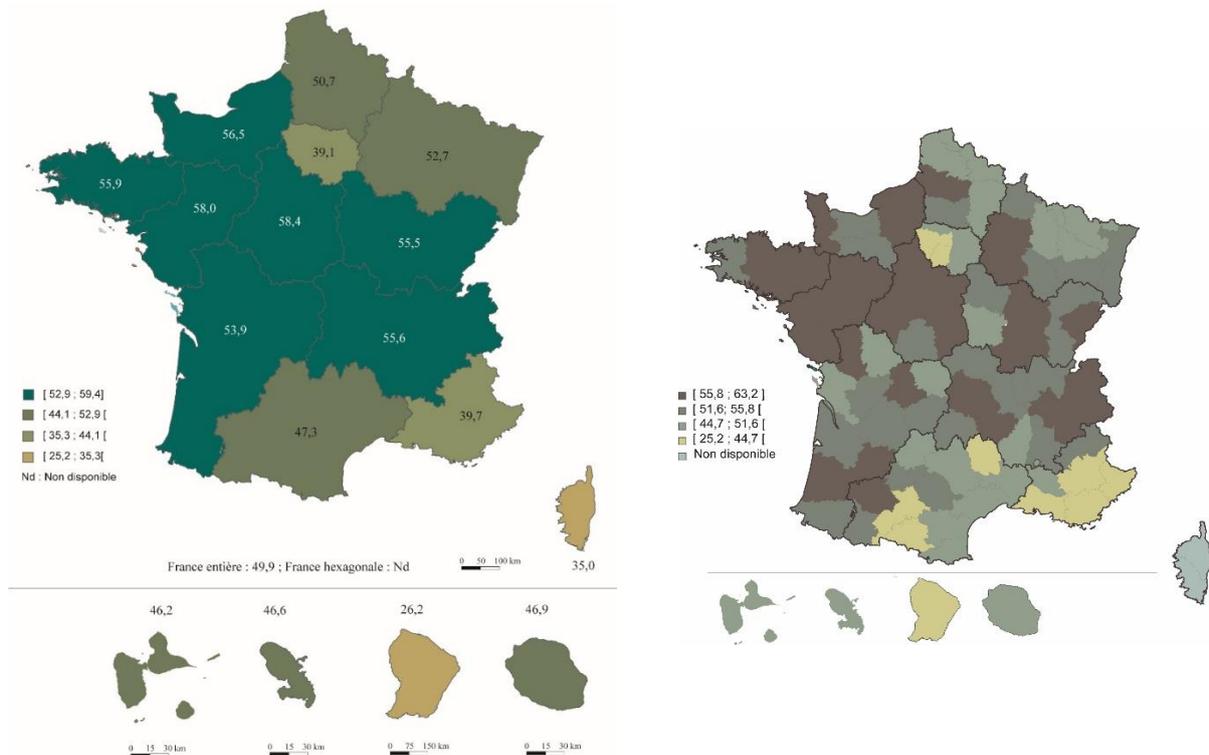


Champ : France entière (hors Mayotte).

Sources : Santé publique France – Données issues des structures départementales du dépistage organisé du cancer du sein.

La participation est assez hétérogène sur l'ensemble du territoire. Les taux de participation les plus faibles sont enregistrés en Guyane (26,0 pour 100 femmes de 50-74 ans), Corse (35,0 %), Île-de-France (39,1 %) et Provence-Alpes-Côte d'Azur (39,7 %). Les régions de la façade atlantique et les régions Normandie, Bourgogne-Franche-Comté, Auvergne-Rhône-Alpes et Centre-Val de Loire présentent les taux de participation les plus élevés (entre 53,9 à 54,8 pour 100 femmes de 50-74 ans).

Taux standardisé de participation au dépistage organisé du cancer du sein en 2017-2018 (pour 100 femmes de 50-74 ans)



Sources : Santé publique France – Données issues des structures départementales du dépistage organisé du cancer du sein.

Cancer de l’ovaire

Les tumeurs ovariennes malignes peuvent être majoritairement classées en 2 grandes catégories selon qu’elles proviennent de cellules épithéliales ou non épithéliales. Chaque catégorie se subdivise en plusieurs sous-types qui possèdent chacun leurs propres caractéristiques épidémiologiques, étiologiques et pronostiques. Les données montrent que les tumeurs épithéliales sont majoritaires dans les cancers de l’ovaire et représentent à elles seules plus de 90 % des cas. Les tumeurs des cellules germinales oscillent autour des 2 %. Les tumeurs du stroma et des cordons sexuels représentaient 1,1 % des cancers ovariens entre 1990 et 2004, puis 1,3 % entre 2010 et 2015.

Chez les femmes de moins de 30 ans, ce sont les tumeurs germinales qui sont les plus fréquemment observées (54,7 %) et les tumeurs épithéliales représentent 45,3 % des cas. Après 30 ans les tumeurs épithéliales deviennent les plus fréquentes. Entre 30 et 49 ans la proportion des tumeurs germinales est de 4 % et celle des tumeurs du stroma et des cordons sexuels de 2,7 %. Ces deux derniers taux s’inversent entre 50 et 74 ans et passent respectivement à 0,6 % et à 1,7 %. Les tumeurs sans histologie sont essentiellement diagnostiquées chez les femmes âgées. Elles représentent 16,2 % des cas chez les 75 ans et plus. Le nombre de nouveaux cas de tumeurs épithéliales invasives de l’ovaire en France est estimé à 4 531 en 2018.

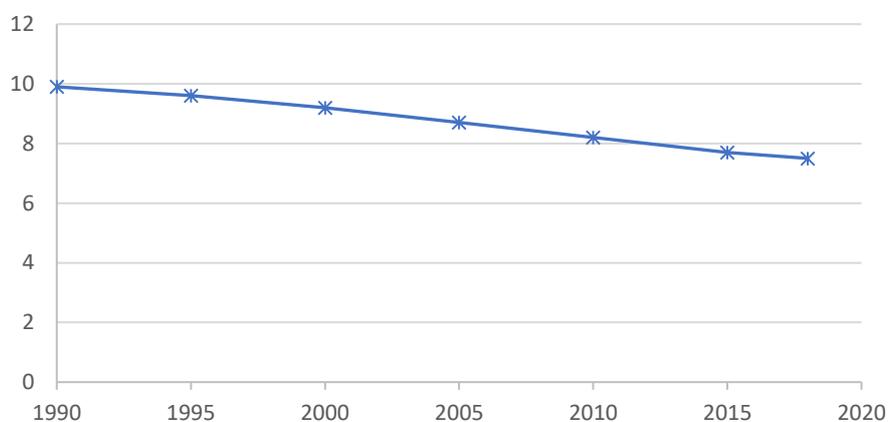
Les facteurs de risque des cancers ovariens sont essentiellement des facteurs hormonaux et reproductifs. Un nombre de cycles ovulatoires élevé (puberté précoce, ménopause tardive, nulliparité) augmente le risque et à l’inverse, tous les facteurs qui diminuent le nombre d’ovulation sont des facteurs protecteurs (grossesses, allaitement, contraception orale). L’endométriose jouerait aussi un rôle dans la survenue de certains types de cancers ovariens (tumeurs endométrioïdes et à cellules claires). L’épidémiologie génétique montre que l’histoire familiale de la maladie et les mutations des gènes BRCA1 et BRCA2 majorent considérablement le risque à vie. Ces patientes représentent la majorité des cas héréditaires, mais seulement 10 % à 15 % de l’ensemble des cancers de l’ovaire. Les données du *Breast Cancer Linkage Consortium* suggèrent que le risque de cancer ovarien jusqu’à l’âge de 70 ans est de 44 % dans les familles BRCA1 et de 27 % dans les familles BRCA2. Certains facteurs liés à l’environnement et au mode de vie tels que l’obésité, la sédentarité, l’alimentation ou le tabagisme peuvent aussi augmenter le risque d’avoir un cancer de l’ovaire. Tous ces facteurs de risque concernent essentiellement les tumeurs épithéliales. Les tumeurs non épithéliales de l’ovaire ont une étiologie qui reste peu connue. Elles touchent essentiellement des femmes jeunes, voire des adolescentes.⁴²

⁴² **Estimations nationales de l’incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018. Etude à partir des registres des cancers du réseau Francim. Vol.1 – Tumeurs solides**, Santé publique France, Francim, Institut national du cancer, 2019, 371 p.
<https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Rapport-Volume-1-Tumeurs-solides-Estimations-nationales-de-l-incidence-et-de-la-mortalite-par-cancer-en-France-metropolitaine-entre-1990-et-2018-juillet-2019>

Incidence

Le rapport 2019 « Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine » estime à 5 193 le nombre de nouveaux cas de cancer de l'ovaire et des annexes utérines en France métropolitaine en 2018. Il est le 8^e cancer le plus fréquent chez la femme. L'âge médian au diagnostic est de 68 ans en 2018. Les taux d'incidence selon l'âge progressent à partir de l'âge de 30 ans pour atteindre une valeur maximale de 51,2 pour 100 000 entre 75 et 79 ans. Le nombre de cas incidents est passé de 4 209 en 1990 à 5 193 en 2018, soit une augmentation de 23 % sur toute la période d'étude, essentiellement due au vieillissement (21 %) et à l'augmentation de la population (16 %), partiellement compensé par une diminution de 14 % du risque d'avoir ce cancer.

**Évolution des taux standardisés* d'incidence du cancer de l'ovaire entre 1990 et 2018
(pour 100 000 personnes-années)**



*Taux standardisés monde.

Champ : France métropolitaine

Sources : Données des registres des cancers du réseau Francim - Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018 - Volume 1 - Tumeurs solides.

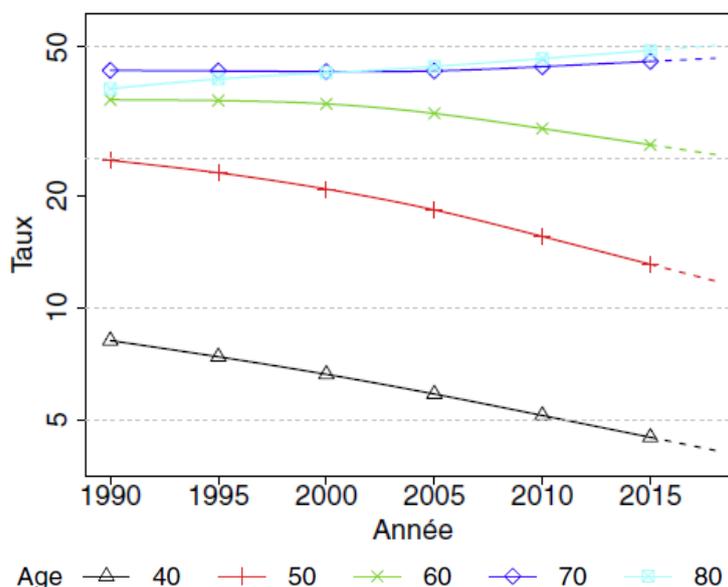
Le taux d'incidence est passé de 9,9 pour 100 000 en 1990 à 7,5 en 2018, soit une diminution en moyenne de 1,0 % par an et de 1,1 % sur la période la plus récente (2010-2018).⁴³

Cependant, les évolutions selon l'âge montrent que la diminution ne concerne que les femmes les plus jeunes : - 2,4 % par an chez les femmes de 40 ans, - 2,6 % par an chez celles de 50 ans et - 1,2 % par an chez celles de 60 ans. Les taux d'incidence des femmes de 70 ans sont stables sur l'ensemble de la période. Une légère augmentation est observée chez les femmes de 90 ans (+ 1,0 % par an).

⁴³ **Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018. Etude à partir des registres des cancers du réseau Francim. Vol.1 – Tumeurs solides**, Santé publique France, Francim, Institut national du cancer, 2019, 371 p.
<https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Rapport-Volume-1-Tumeurs-solides-Estimations-nationales-de-l-incidence-et-de-la-mortalite-par-cancer-en-France-metropolitaine-entre-1990-et-2018-juillet-2019>



**Évolution des taux d'incidence du cancer de l'ovaire selon l'âge, entre 1990 et 2018
(pour 100 000 personnes-années)**



Échelle logarithmique

Champ : France métropolitaine

Sources : Données des registres des cancers du réseau Francim - Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018 - Volume 1 - Tumeurs solides.

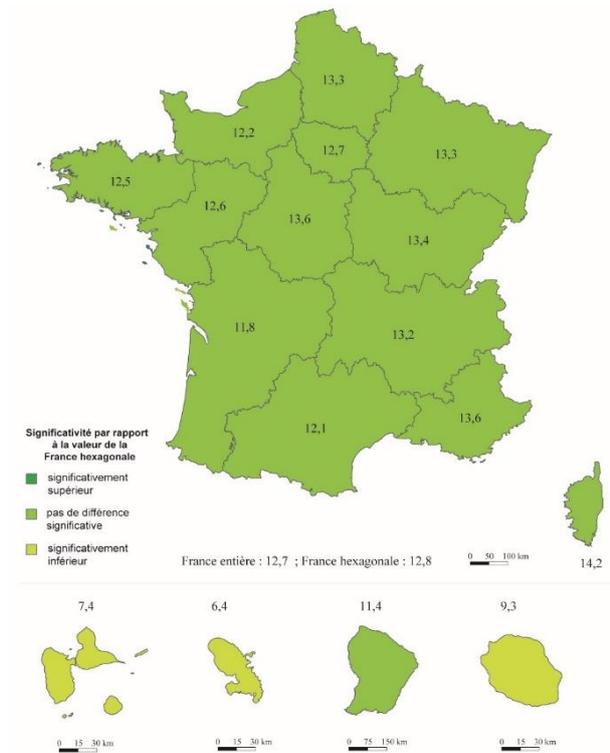
Admissions en affection de longue durée⁴⁴

En 2012-2014, pour l'ensemble des trois principaux régimes d'Assurance maladie (général, agricole et des indépendants), environ 4 612 admissions en affection de longue durée (ALD) pour cancer de l'ovaire ont été dénombrées en moyenne chaque année en France. Le taux standardisé correspondant s'élève à 12,7 pour 100 000 femmes.

⁴⁴ Les données d'ALD permettent d'approcher la morbidité diagnostiquée, mais ne sont pas le reflet de la morbidité réelles. Seules les personnes diagnostiquées pour lesquelles le médecin fait une demande d'exonération du ticket modérateur au titre d'une ALD sont comptabilisées. Aussi, certaines régions peuvent présenter des taux d'ALD moins élevés que d'autres, ceci ne signifiant pas forcément que la situation en regard de la pathologie abordée est plus favorable sur ces territoires.

Taux standardisé d'admission en ALD pour cancer de l'ovaire chez les femmes en 2012-2014

(pour 100 000 femmes)



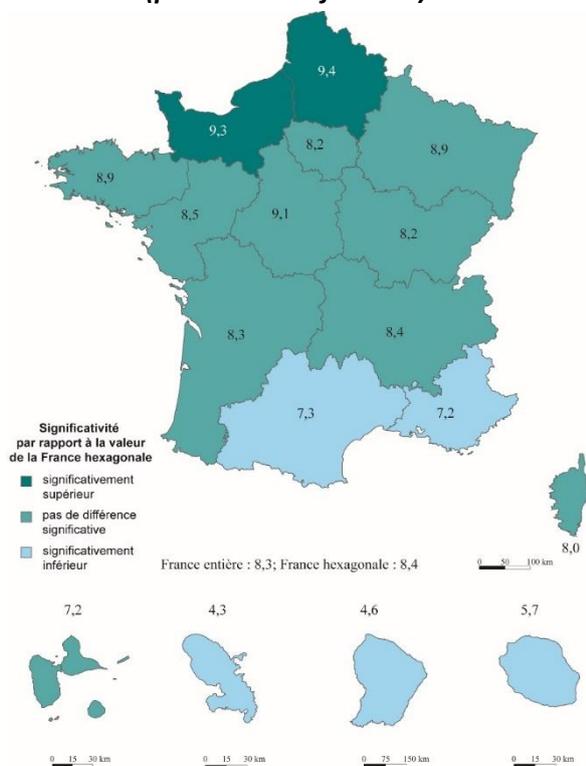
Seules les régions des Antilles et La Réunion présentant des taux inférieurs à la valeur nationale. Les taux standardisés d'admission en ALD observés dans les autres régions françaises ne se distinguent pas de la valeur nationale.

*Population de référence : France entière au RP 2006.
 Champ : France entière (hors Mayotte).
 Sources : CCMSA, Cnam, CNRSI, Insee - exploitation Fnors.

Mortalité

En 2013-2015, 3 460 décès annuels moyen par cancer des ovaires sont enregistrés en France. Le taux standardisé de mortalité correspondant s'élève à 8,3 pour 100 000 femmes.

Taux standardisé de mortalité par cancer de l'ovaire en 2013-2015 (pour 100 000 femmes)

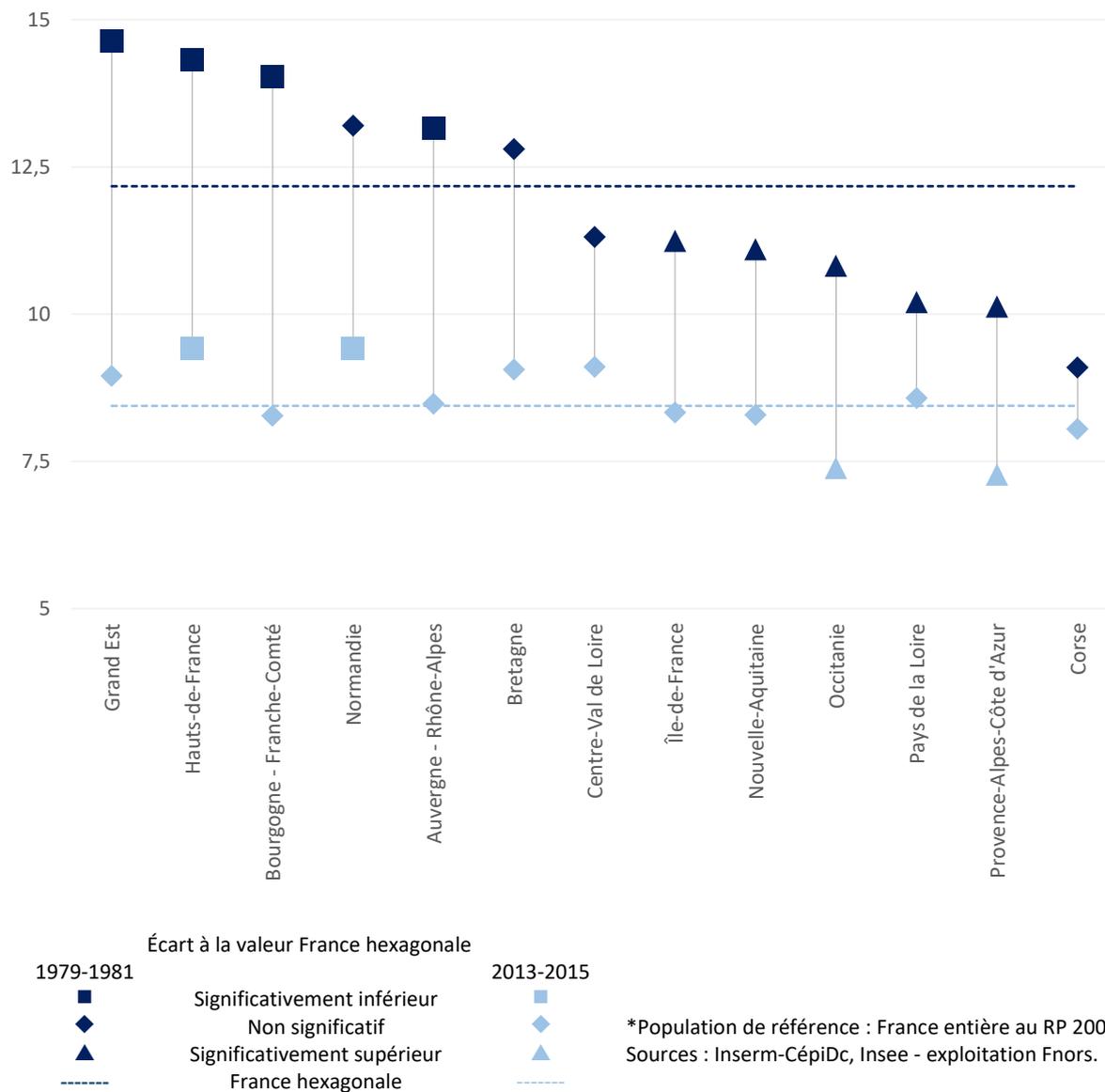


Les régions Hauts-de-France et Normandie avec des taux standardisés de mortalité de respectivement 9,4 et 9,3 décès pour 100 000 femmes ont les taux les plus élevés des régions françaises. Les Drom à l'exception de la Guadeloupe présentent les taux les plus faibles (oscillant entre 4,3 pour la Martinique à 5,7 pour la Réunion). En métropole, la Provence-Alpes-Côte d'Azur et l'Occitanie présentent des taux inférieurs à la valeur nationale respectivement de 7,2 et 7,3 pour 100 000 femmes.

*Population de référence : France entière au RP 2006.
 Champ : France entière (hors Mayotte).
 Sources : Inserm-CépiDc, Insee - exploitation Fnors.

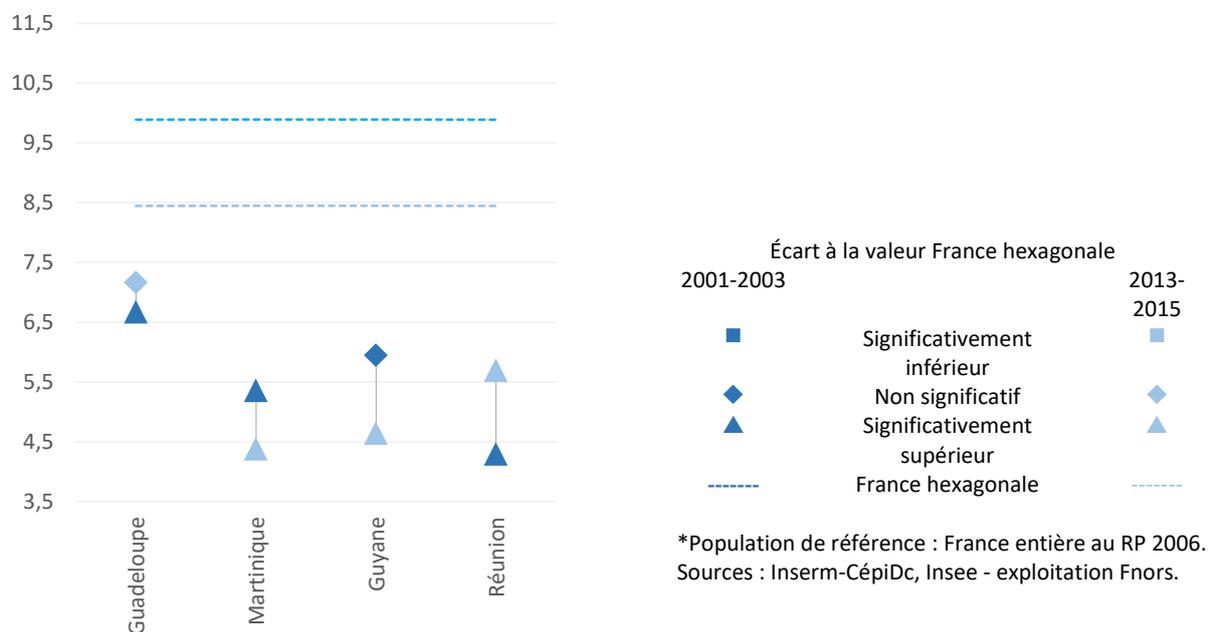
Depuis 1979-1981, une baisse de 30 % est enregistrée dans les régions métropolitaines pour la mortalité par cancer de l'ovaire. Cette diminution a été la plus importante dans les régions Bourgogne-Franche-Comté, Grand Est, Auvergne-Rhône-Alpes et Hauts-de-France. En 1979-1981, ces trois régions présentent des taux significativement supérieurs à la valeur métropolitaine. En 2013-2015, seules les régions Hauts-de-France et Normandie présentent des taux de mortalité supérieurs. Les régions du pourtour méditerranéen présentent des taux inférieurs à la valeur métropolitaine sur l'ensemble de la période. En Île-de-France, Nouvelle-Aquitaine et Pays de Loire alors que les taux sont en-deçà de la valeur métropolitaine en 1979-1981, ils ne s'en distinguent plus en 2013-2015.

Évolution des taux standardisés de mortalité par cancer de l’ovaire entre 1979-1981 et 2013-2015 en Métropole (pour 100 000 femmes)



Depuis 2001-2003, les taux de mortalité par cancer de l’ovaire en Martinique et en Guyane sont en diminution (environ 20 %). À l’inverse ceux de la Réunion ont augmenté de près d’un tiers. Il en est de même pour la Guadeloupe mais dans une moindre mesure (environ 7 %).

Évolution des taux standardisés de mortalité par cancer de l’ovaire entre 2001-2003 et 2013-2015 dans les régions ultramarines (pour 100 000 femmes)



En 2013-2015, les décès prématurés (avant 65 ans) par cancer de l’ovaire représentent environ 885 décès en moyenne annuelle et environ 2,5 % des décès prématurés féminins. Le taux standardisé correspondant est de 2,9 pour 100 000 femmes de moins de 65 ans. Avec des taux standardisés supérieurs à 3,5 pour 100 000 femmes, les régions Hauts-de-France, Centre-Val de Loire et Normandie ont un niveau de mortalité significativement supérieur à la valeur nationale. Les taux standardisés de mortalité prématurée par cancer de l’ovaire sont les plus faibles à la Martinique et à la Réunion.

La baisse de la mortalité ne peut être attribuée à l’évolution de la survie qui s’est peu améliorée au cours du temps. En effet la dernière étude réalisée à partir des registres français montre que la survie nette à 5 ans est passée de 40 % pour les cas diagnostiqués en 1989-1993, à 45 % pour ceux diagnostiqués en 2005-2010. Les tumeurs malignes rares de l’ovaire, dont font partie les tumeurs des cellules germinales et les tumeurs stromales et des cordons sexuels ont un pronostic relativement bon car elles sont généralement découvertes à un stade précoce et sont souvent chimio-sensibles. Leur prise en charge est complexe et relève de centres spécialisés du fait de leur rareté, de l’absence de diagnostic préopératoire et de la nécessité de prendre en compte le désir de procréation des jeunes femmes. Pour cela, un observatoire francophone des tumeurs rares de l’ovaire a été spécifiquement créé pour ces tumeurs.⁴⁵

⁴⁵ **Estimations nationales de l’incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018. Etude à partir des registres des cancers du réseau Francim. Vol.1 – Tumeurs solides**, Santé publique France, Francim, Institut national du cancer, 2019, 371 p.
<https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Rapport-Volume-1-Tumeurs-solides-Estimations-nationales-de-l-incidence-et-de-la-mortalite-par-cancer-en-France-metropolitaine-entre-1990-et-2018-juillet-2019>

/ Dépistage et prévention

Il n'y a pas actuellement de dépistage systématique des cancers de l'ovaire. Une surveillance particulière peut être proposée aux femmes présentant un risque familial.⁴⁶ Le cancer de l'ovaire reste longtemps silencieux. Les symptômes apparaissent progressivement, à mesure que la tumeur évolue. Cela explique pourquoi le diagnostic est souvent posé lorsque la maladie est déjà avancée. Il peut s'agir de troubles digestifs, comme des ballonnements, des nausées, des troubles du transit, une perte d'appétit ou une douleur à l'estomac ; des troubles gynécologiques, comme une perturbation des règles, des saignements ou des pertes vaginales anormales, des tensions dans les seins ; des perturbations locales liées à la masse tumorale : pertes urinaires, douleurs pelviennes, augmentation du volume de l'abdomen, sensation de pesanteur ou d'inconfort au niveau abdominal. Aucun de ces symptômes n'est spécifique ; ils peuvent être provoqués par une autre maladie, bénigne, de nature gynécologique ou non.⁴⁷ Aussi, lorsqu'une ou plusieurs de ces manifestations apparaissent et persistent sans explication, il est recommandé de consulter son médecin.⁴⁸ Le bilan comprend une échographie abdomino-pelvienne complétée dans certains cas par une IRM pelvienne. Il inclut aussi un examen clinique et le dosage du marqueur tumoral CA-125. Un scanner abdomino-pelvien permet d'évaluer l'extension de la maladie. La confirmation du diagnostic repose sur l'examen anatomopathologique de la tumeur et des organes enlevés au cours d'une chirurgie.

Les cancers de l'ovaire peu avancés sont en majorité diagnostiqués à la suite d'une exploration chirurgicale au niveau de l'abdomen effectuée en réponse à des symptômes ou à une échographie orientant vers une pathologie ovarienne. Si aucune de ces circonstances n'est rencontrée, les examens sont entrepris le plus souvent lorsque les symptômes commencent à être significatifs ; dans ce cas, la tumeur a généralement déjà atteint un stade d'évolution avancé.

Différents travaux de recherche portent sur le développement d'un vaccin contre le cancer de l'ovaire. L'Institut Curie par exemple poursuit des recherches en immunothérapie dans l'espoir de développer un vaccin thérapeutique contre ce cancer.⁴⁹ Les chercheurs de l'Université de Pennsylvanie aux Etats-Unis et le Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) en Suisse, ont mené quant à eux, un essai clinique pilote pour un vaccin personnalisé contre le cancer de l'ovaire.⁵⁰

La Fondation ARC finance aussi plusieurs projets de recherche concernant la prévention des cancers de l'ovaire. Une étude porte sur le rôle des polluants environnementaux dans la formation des métastases ; d'autres études sont aussi en cours pour comprendre l'importance de certains gènes dans la prédisposition aux cancers de l'ovaire. Enfin, dans le cadre d'études précliniques, des équipes

⁴⁶ **Cancers de l'ovaire. Examens**, Fondation contre le cancer, s.d, en ligne :

<https://www.cancer.be/les-cancers/types-de-cancers/cancer-de-lovaire/examens>

⁴⁷ **Cancers de l'ovaire : les symptômes et le diagnostic**, Fondation ARC, en ligne :

<https://www.fondation-arc.org/cancer/cancer-ovaire/symptomes-diagnostic-cancer>

⁴⁸ **Cancers de l'ovaire : les symptômes et le diagnostic**, Fondation ARC, en ligne :

<https://www.fondation-arc.org/cancer/cancer-ovaire/symptomes-diagnostic-cancer>

⁴⁹ **Cancer de l'ovaire : les avancées de la recherche**, Institut Curie, 2017-03, en ligne :

<https://curie.fr/dossier-pedagogique/cancer-de-lovaire-les-avancees-de-la-recherche>

⁵⁰ TANYI Janos, BOBISSE Sara, OPHIR Eran, et al., **Personalized cancer vaccine effectively mobilizes antitumor Tcell immunity in ovarian cancer**, Science translational Medicine, Vol.10, n°436, 2018-04-11, en ligne :

<https://stm.sciencemag.org/content/10/436/eaao5931>

cherchent à améliorer le diagnostic des cancers de l’ovaire en développant par exemple des techniques d’imagerie de pointe pour mieux visualiser les tumeurs de l’ovaire. Ces études devraient permettre un diagnostic plus précoce des cancers de l’ovaire et ainsi une nette amélioration du pronostic des patientes.⁵¹

Des progrès importants sont également à noter concernant les traitements. En effet, une nouvelle piste thérapeutique a émergé ces dernières années pour lutter contre les récurrences, fréquentes. L’institut Gustave Roussy de Villejuif, premier centre européen de lutte contre le cancer, par exemple, place l’innovation au cœur d’une révolution humaine, scientifique et technologique pour combattre le cancer. Ainsi, les travaux d’Alexandra Leary, oncologue et responsable du laboratoire de recherche translationnelle pour les tumeurs gynécologiques, coordonne un projet de recherche qui vise à mieux cerner les conditions dans lesquelles les inhibiteurs de la PARP (Poly-ADP-ribose-polymérase-1) sont efficaces pour réduire le risque de récurrence des patientes.⁵² De leur côté, les chercheurs de l’Institut Curie ont mis en évidence plusieurs sous-types moléculaires de cancers de l’ovaire liés aux mutations des gènes BRCA. Ainsi, certaines patientes qui ont un risque accru de présenter un cancer de l’ovaire auraient une maladie plus sensible aux traitements. Toujours à l’institut Curie, l’équipe Stress et cancer, dirigée par Fatima Mechta-Grigoriou, a également découvert des particularités du transcriptome des cancers de l’ovaire, c’est-à-dire de la manière dont l’ADN est lu et interprété, sous forme d’ARN, étape intermédiaire avant son expression finale sous forme de protéines.⁵³

⁵¹ **Cancers de l’ovaire : les espoirs de la recherche**, Fondation Arc, 2018-11, en ligne :

<https://www.fondation-arc.org/cancer/cancer-ovaire/espoirs-recherche>

⁵² **Traitement des cancers de l’ovaire : quels progrès ?**, Fondation ARC, 2019-01, en ligne :

<https://www.fondation-arc.org/actualites/2019/traitement-des-cancers-de-lovaire-quels-progres>

⁵³ **Cancer de l’ovaire : les avancées de la recherche**, Institut Curie, 2017-03, en ligne :

<https://curie.fr/dossier-pedagogique/cancer-de-lovaire-les-avancees-de-la-recherche>

Cancer de l'utérus

Les cancers de l'utérus regroupent les cancers du col et du corps de l'utérus, affections différentes par leur histoire naturelle, leurs facteurs de risque, leur âge de survenue et leur pronostic.

Le cancer du col de l'utérus (CCU) est principalement dû à la persistance au niveau du col utérin d'une infection à papillomavirus humain (HPV) à haut risque oncogène. Cette infection, sexuellement transmissible, par contacts cutanés ou muqueux, favorisée par la précocité des rapports sexuels et la multiplicité des partenaires, constitue le facteur de risque majeur de ce cancer. La persistance de l'infection se traduit par des lésions histologiques précancéreuses qui peuvent régresser spontanément, persister ou évoluer vers un cancer du col utérin dans un délai allant de quelques années à plusieurs dizaines d'années. Certains facteurs favorisent la persistance de cette infection par HPV-HR, en particulier la présence d'autres infections génitales, la multiparité, l'utilisation au long court de contraceptifs oraux, le tabagisme et un déficit immunitaire acquis (HIV, traitements immunosuppresseurs).⁵⁴

Le cancer du corps de l'utérus correspond le plus souvent à un cancer de l'endomètre, c'est-à-dire la muqueuse de l'utérus. Il est associé à plusieurs facteurs de risque dont l'obésité, le diabète, un traitement par tamoxifène (traitement hormonal du cancer du sein) ou, plus rarement, une prédisposition génétique.⁵⁵ Les facteurs qui augmentent l'imprégnation de l'endomètre en œstrogènes sont également susceptibles d'augmenter le risque de ce cancer : puberté précoce, ménopause tardive, nulliparité, obésité, oestrogénothérapie non ou mal compensée par un traitement progestatif, prise de tamoxifène. Par ailleurs, les femmes atteintes d'un syndrome de Lynch ont un risque accru de développer un cancer de l'endomètre qui survient généralement plus précocement, avant l'âge de 50 ans. Enfin, le syndrome des ovaires polykystiques semble être associé plus fréquemment au cancer de l'endomètre.

Incidence

Le rapport 2019 « Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine » estime le nombre de nouveaux cas de cancer du col de l'utérus chez la femme en France en 2018 à 2 920 cas. Le cancer du col de l'utérus est classé au 12^e rang des cancers chez la femme en France. En 2018, l'âge médian au diagnostic est de 53 ans. Les taux d'incidence selon l'âge progressent à partir de l'âge de 25 ans, pour atteindre une valeur maximale de 18,0 pour 100 000 entre 45 et 49 ans. Un second pic d'incidence est observé après 80 ans. La véritable évolution du risque avec l'âge, pour un individu donné, atteint un pic vers 45 ans puis décroît régulièrement. Entre 1990 et 2018,

⁵⁴ MARANT-MICALLEF Claire, SHIELD Kevin-David, VIGNAT Jérôme, et al., **Approche et méthodologie générale pour l'estimation des cancers attribuables au mode de vie et à l'environnement en France métropolitaine en 2015**, BEH, n°21, 2018, pp. 432-42.

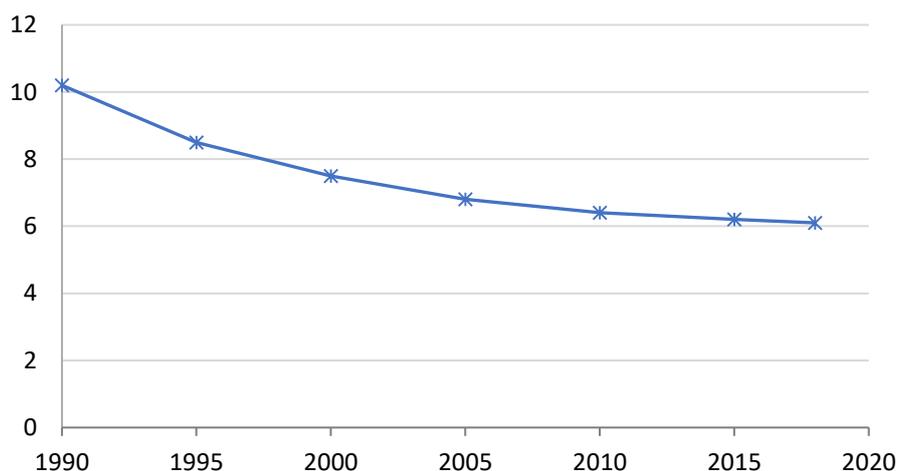
http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2018/21/pdf/2018_21.pdf

⁵⁵ **Le cancer de l'endomètre : points clés**, INCA, en ligne : <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-de-l-endometre/Points-cles>

le nombre annuel de nouveaux cas de cancer du col de l'utérus a diminué, passant de 3 990 à 2 920 cas annuels. Compte tenu du fait que les évolutions démographiques auraient dû conduire à une augmentation de 22 % du nombre de cancers du col utérin, celui-ci est de 49 % inférieur en 2018 à ce qui aurait été attendu si la population était la même qu'en 1990.⁵⁶

Depuis 1990, l'incidence du cancer du col de l'utérus diminue en moyenne de - 1,8 % par an (10,2 pour 100 000 en 1990 contre 6,1 en 2018) avec un ralentissement sur la période 2010-2018 où la diminution est de - 0,7 % par an.

Évolution des taux standardisés* d'incidence du cancer du col de l'utérus chez les femmes entre 1990 et 2018 (pour 100 000 personnes-années)



*Taux standardisés monde.

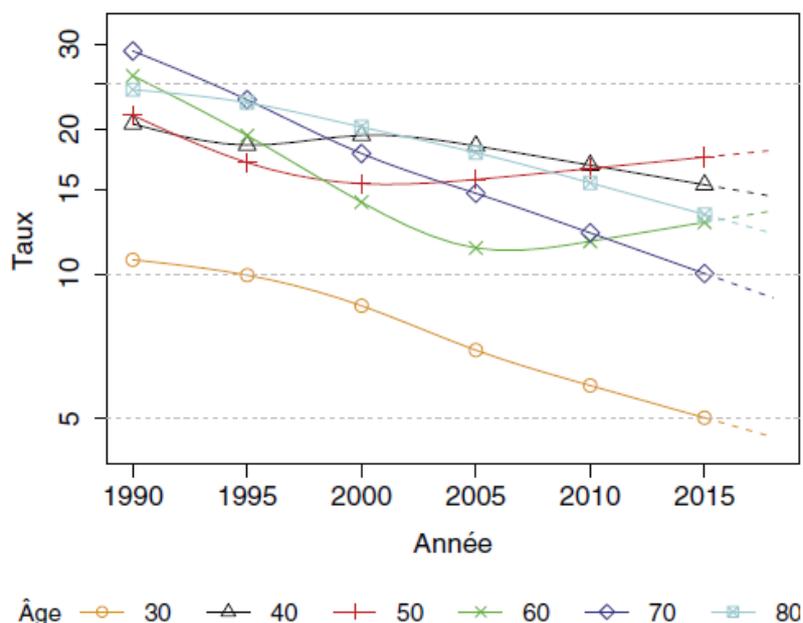
Champ : France métropolitaine

Sources : Données des registres des cancers du réseau Francim - Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018 - Volume 1 - Tumeurs solides.

Cependant, ces évolutions doivent être nuancées selon les âges. La diminution des taux d'incidence est la plus marquée chez les femmes les plus âgées, notamment celles de 70 ans (- 4,1 % en moyenne par an) et moins importante chez celles de 50 ans (- 0,6 %). Pour les âges intermédiaires, l'incidence baisse jusqu'en 2000-2005, puis se stabilise et augmente en fin de période.

⁵⁶ **Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018. Etude à partir des registres des cancers du réseau Francim. Vol.1 – Tumeurs solides**, Santé publique France, Francim, Institut national du cancer, 2019, 371 p.
<https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Rapport-Volume-1-Tumeurs-solides-Estimations-nationales-de-l-incidence-et-de-la-mortalite-par-cancer-en-France-metropolitaine-entre-1990-et-2018-juillet-2019>

**Évolution des taux d'incidence du cancer du col l'utérus selon l'âge, entre 1990 et 2018
(pour 100 000 personnes-années)**



Échelle logarithmique

Champ : France métropolitaine

Sources : Données des registres des cancers du réseau Francim - Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018 - Volume 1 - Tumeurs solides.

Le risque d'être atteint de ce cancer entre 0 et 74 ans diminue fortement avec les cohortes de naissance, il passe de 1,9 % pour la cohorte 1920 à 0,6 % pour celle de 1950. Cette baisse est moindre pour les femmes nées à partir de 1940.

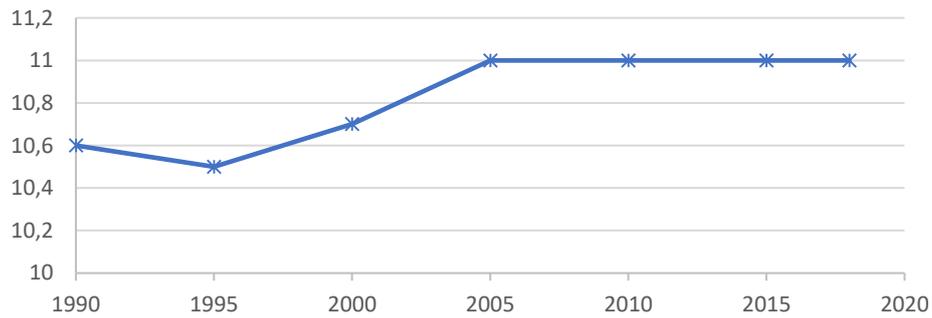
Le nombre de nouveaux cas de cancer du corps de l'utérus chez la femme en France métropolitaine en 2018 est de 8 224 cas. Le cancer du corps utérin est la 4^e cause de cancer chez la femme en France. Après le cancer du sein, c'est le plus fréquent des cancers gynécologiques. Il touche généralement les femmes après la ménopause ; l'âge moyen au moment du diagnostic est de 68 ans.⁵⁷ En 2018, l'âge médian au diagnostic est de 69 ans. Les taux d'incidence selon l'âge sont en progression à partir de l'âge de 40 ans, pour atteindre une valeur maximale de 93,4 pour 100 000 entre 70 et 74 ans. Entre 1990 et 2018, le nombre annuel de nouveaux cas de cancer du corps utérin est passé de 4 876 à 8 224 (+69 %). Cette hausse est attribuable à parts égales à l'augmentation et au vieillissement de la population et à l'augmentation du risque, respectivement +22 %, +25 % et +22 %.

L'incidence du cancer du corps utérin est stable sur l'ensemble de la période : 10,6 pour 100 000 en 1990 et 11,0 en 2018.

⁵⁷ Le cancer de l'endomètre : points clés, INCA, en ligne : <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-de-l-endometre/Points-cles>



Évolution des taux standardisés* d'incidence du cancer du corps de l'utérus chez les femmes entre 1990 et 2018 (pour 100 000 personnes-années)



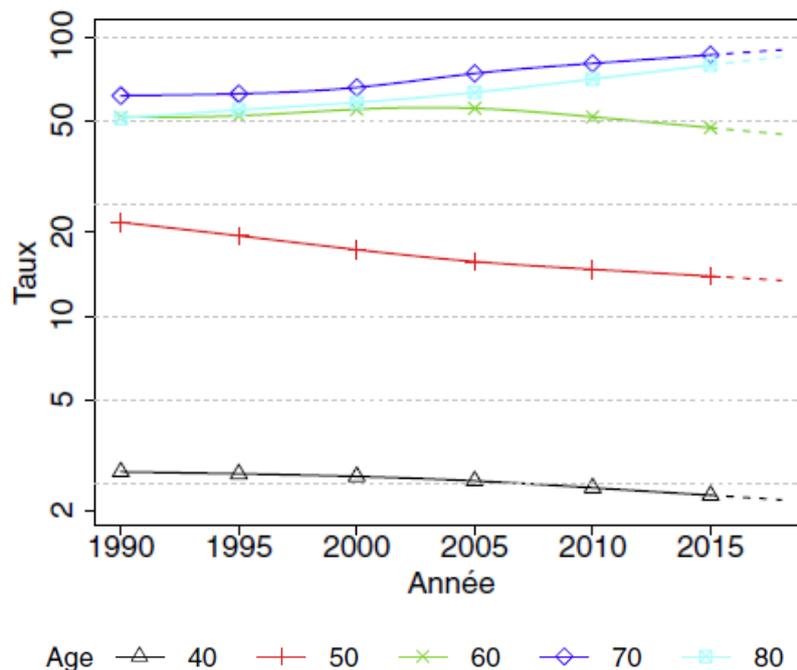
*Taux standardisés monde.

Champ : France métropolitaine

Sources : Données des registres des cancers du réseau Francim - Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018 - Volume 1 - Tumeurs solides.

Chez les femmes de 70 ans et plus, l'incidence a tendance à augmenter (+1,4 % en moyenne par an à 70 ans et +1,8 % à 80 ans). À l'inverse, chez les femmes de 60 ans et moins, elle est à la baisse : -0,8 % à 40 ans, -1,7 % à 50 ans et -0,5 % à 60 ans). Chez les femmes de 60 ans, bien que l'incidence diminue, on constate une augmentation jusqu'en 2000-2005.

Évolution des taux d'incidence du cancer du corps de l'utérus selon l'âge, entre 1990 et 2018 (pour 100 000 personnes-années)



Échelle logarithmique

Champ : France métropolitaine

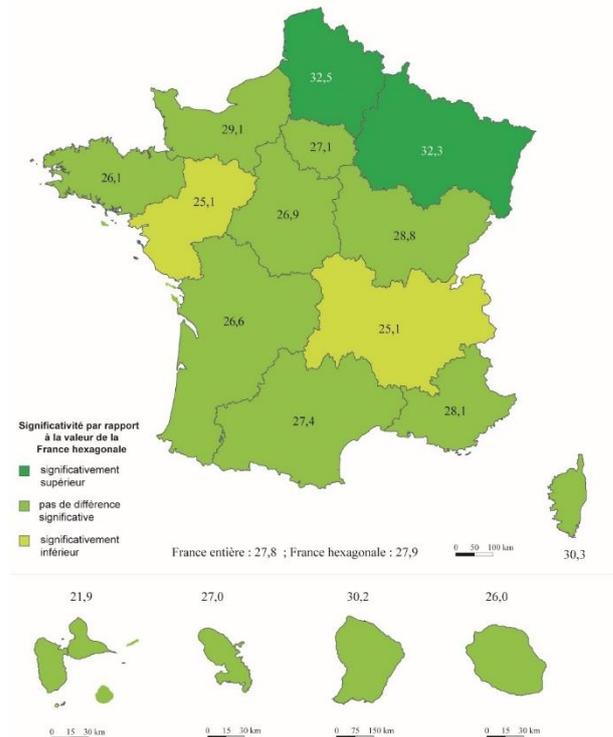
Sources : Données des registres des cancers du réseau Francim - Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018 - Volume 1 - Tumeurs solides.

Admissions en affection de longue durée⁵⁸

Sur la période 2012-2014, en moyenne 10 000 admissions en ALD pour cancer de l'utérus (col et corps) sont enregistrées chaque année en France. Le taux standardisé d'admission correspondant est 27,8 de pour 100 000 femmes.

Taux standardisé d'admission en ALD pour cancer de l'utérus (col et corps) en 2012-2014 (pour 100 000 femmes)

Avec des taux standardisés d'admission en ALD proches de 32,5 pour 100 000 femmes, les régions Grand Est et Hauts-de-France enregistrent les taux les plus élevés des régions françaises. Les régions Pays de la Loire et Auvergne-Rhône-Alpes présentent quant à elles des taux significativement inférieurs à la valeur nationale (25,1 pour 100 000 femmes).



*Population de référence : France entière au RP 2006.

Champ : France entière (hors Mayotte).

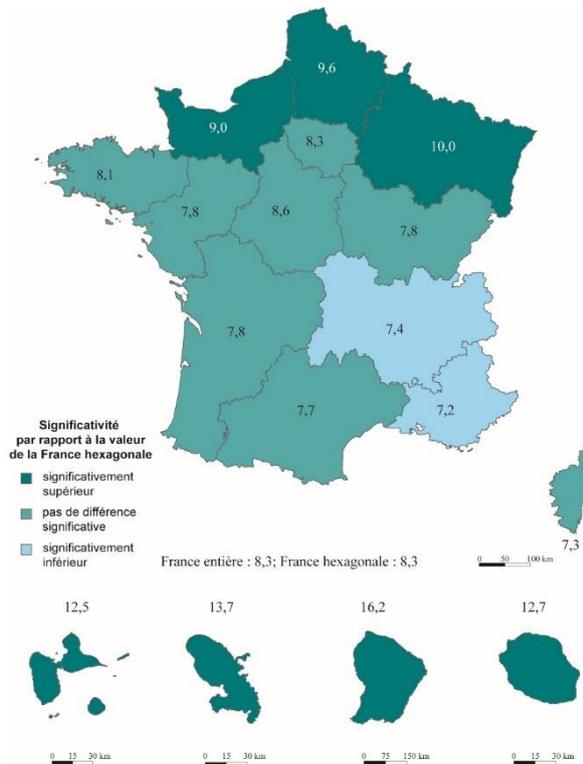
Sources : CCMSA, Cnam, CNRSI, Insee - exploitation Fnors.

Mortalité

Sur la période 2013-2015, en France près de 3 470 décès par cancer de l'utérus sont enregistrés en moyenne chaque année. Le taux standardisé de mortalité correspondant s'élève à 8,3 décès pour 100 000 femmes.

⁵⁸ Les données d'ALD permettent d'approcher la morbidité diagnostiquée, mais ne sont pas le reflet de la morbidité réelles. Seules les personnes diagnostiquées pour lesquelles le médecin fait une demande d'exonération du ticket modérateur au titre d'une ALD sont comptabilisées. Aussi, certaines régions peuvent présenter des taux d'ALD moins élevés que d'autres, ceci ne signifiant pas forcément que la situation en regard de la pathologie abordée est plus favorable sur ces territoires.

Taux standardisé de mortalité par cancer de l'utérus (col et corps) en 2013-2015 (pour 100 000 femmes)



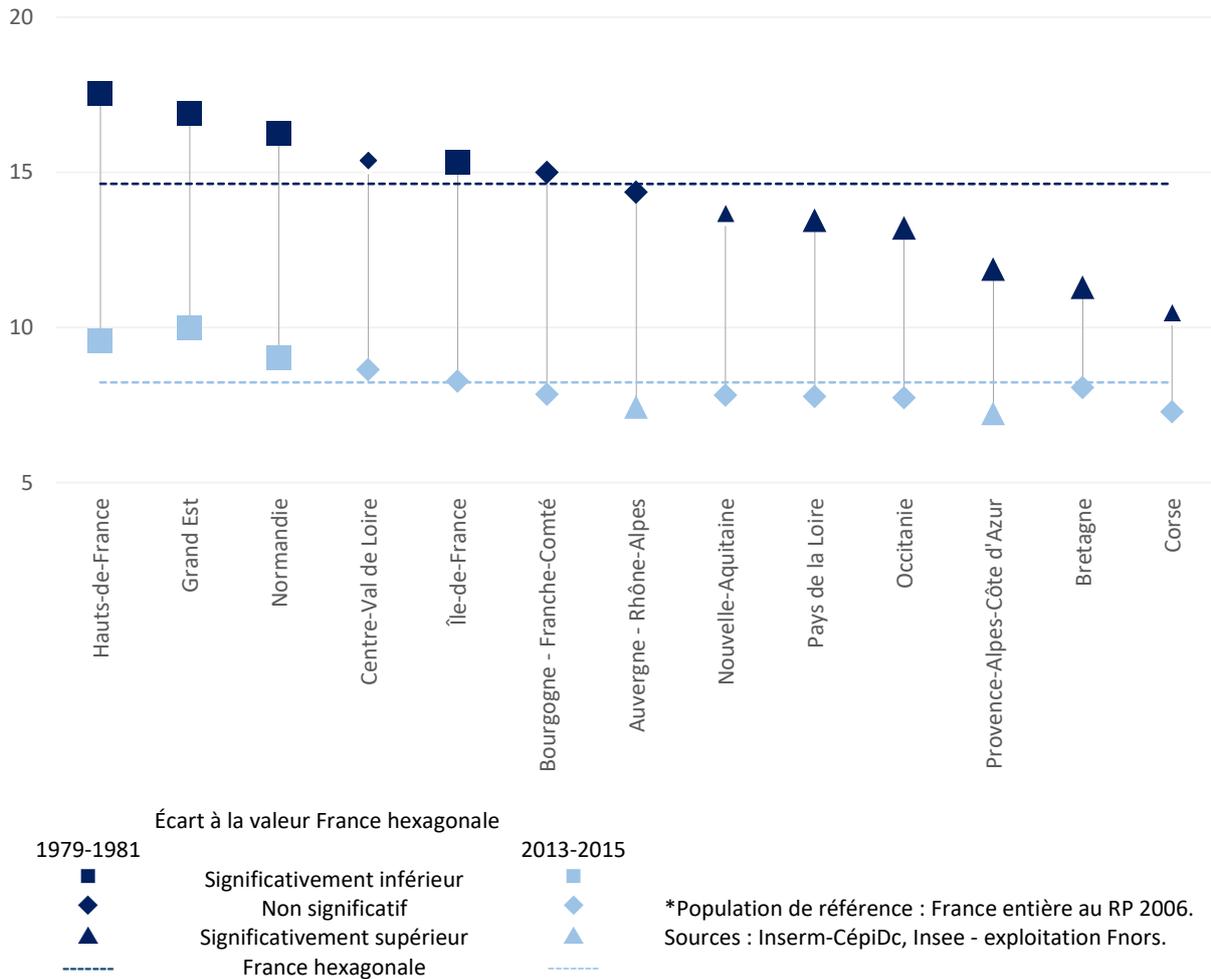
Les taux standardisés de mortalité par cancer de l'utérus sont les plus élevés dans les Drom avec des taux supérieurs à 12 décès pour 100 000 et pouvant aller jusqu'à 16,2 en Guyane. En métropole, trois régions présentent des taux significativement supérieurs à la valeur nationale : Normandie, Hauts-de-France et Grand Est.

*Population de référence : France entière au RP 2006. Champ : France entière (hors Mayotte). Sources : Inserm-CépiDc, Insee - exploitation Fnors.

Depuis 1979-1981, la mortalité par cancer de l'utérus a baissé de près de 44 % au sein de l'Hexagone. Cette diminution a été la plus forte dans les régions Auvergne-Rhône-Alpes, Bourgogne-Franche-Comté, Île-de-France et Hauts-de-France. Elle a été la plus faible en Bretagne et en Corse.

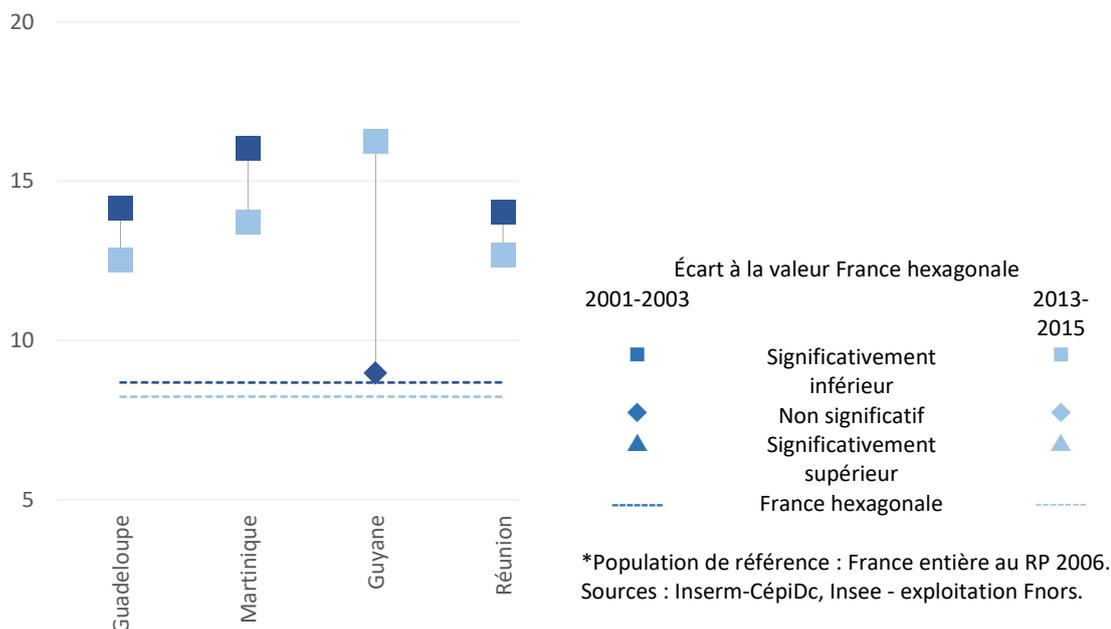
Les régions Hauts-de-France, Grand Est et Normandie présentent des taux supérieurs à la valeur hexagonale sur l'ensemble de la période. En Île-de-France, alors que le taux est supérieur à la valeur nationale en 1979-1981, il ne s'en distingue pas en 2013-2015. Pour les régions Bretagne, Pays de la Loire, Nouvelle Aquitaine, Occitanie et Corse alors que les taux standardisés sont inférieurs à la valeur nationale en 1979-1981, ils ne s'en distinguent plus en 2013-2015. Seule, la région Provence-Alpes-Côte d'Azur présente des valeurs en-deçà de la valeur nationale sur l'ensemble de la période.

Évolution des taux standardisés de mortalité par cancer de l'utérus entre 1979-1981 et 2013-2015 en Métropole (pour 100 000 femmes)



Pour les Drom, on constate des diminutions de l'ordre de 10 % pour la Guadeloupe et la Réunion et 15 % pour la Martinique. Seule la Guyane présente une augmentation importante du taux standardisé de mortalité depuis 2001-2003. Sur l'ensemble de la période, les taux sont supérieurs à la valeur nationale, à l'exception de la Guyane qui présente un taux inférieur en 2001-2003.

Évolution des taux standardisés de mortalité par cancer de l'utérus entre 2001-2003 et 2013-2015 dans les régions ultramarines (pour 100 000 femmes)



En 2013-2015, les décès prématurés (avant 65 ans) par cancer de l'utérus représentent près de 960 décès en moyenne annuelle. Les décès par cancer de l'utérus représentent près de 8 décès prématurés féminins sur 100. Le taux standardisé correspondant est de 3,2 pour 100 000 femmes de moins de 65 ans. La mortalité prématurée féminine par cancer de l'utérus est supérieure à celle observée sur l'ensemble du territoire français dans les régions Grand Est et Hauts-de-France. À l'inverse, elle y est nettement inférieure en Auvergne-Rhône-Alpes et Pays de la Loire.

🔪 Dépistage et prévention

La prévention du cancer du col de l'utérus repose sur la vaccination qui vise à éviter l'infection par les génotypes d'HPV-HR les plus souvent responsables des cancers du col de l'utérus, et sur le dépistage par frottis cervico-utérins qui permet de détecter les lésions précancéreuses et de les traiter avant leur transformation maligne, ou de diagnostiquer les cancers à un stade précoce.

La vaccination contre les papillomavirus humains est désormais recommandée pour toutes les jeunes filles âgées de 11 à 14 ans. La vaccination est d'autant plus efficace que les jeunes filles n'ont pas encore été exposées au risque d'infection par les HPV. L'une des doses de la vaccination contre les infections à papillomavirus humains peut être coadministrée notamment avec le rappel diphtérie-tétanos-coqueluche-poliomyélite prévu entre 11 et 13 ans ou avec un vaccin contre l'hépatite B, ainsi qu'avec le vaccin contre le méningocoque de séro groupe C dans le cadre du rattrapage vaccinal. Par ailleurs, dans le cadre du rattrapage vaccinal, la vaccination est recommandée pour les jeunes filles et jeunes femmes entre 15 et 19 ans révolus. Le HCSP recommande que les jeunes filles et jeunes femmes non antérieurement vaccinées reçoivent le Gardasil 9[®]. Les vaccins ne sont pas interchangeables et toute vaccination initiée avec l'un d'eux doit être menée à son terme avec le même vaccin. La

vaccination contre les infections à papillomavirus ne se substitue pas au dépistage des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus par le frottis cervico-utérin, y compris chez les femmes vaccinées, mais vient renforcer les mesures de prévention. À partir de 25 ans, toutes les jeunes femmes vaccinées ou non vaccinées doivent continuer à bénéficier du dépistage selon les recommandations en vigueur.⁵⁹ Au 31 décembre 2017, la couverture vaccinale contre les HPV des jeunes filles de 16 ans était de 21,4 %. Malgré une légère hausse du taux de couverture vaccinale depuis deux ans, il reste très faible par rapport aux taux des autres pays qui ont introduit la vaccination contre les HPV.⁶⁰ En décembre 2019, la Haute Autorité de Santé (HAS) a recommandé l'extension de la vaccination contre les HPV aux garçons de 11 à 14 ans⁶¹. La HAS estime que cet élargissement de la vaccination anti-HPV aux garçons, au-delà de la protection conférée aux garçons vaccinés, permettrait aussi, sous réserve d'une couverture vaccinale suffisante, de freiner la transmission des papillomavirus au sein de la population générale, de mieux protéger les filles et femmes non vaccinées, et enfin de mieux protéger les garçons et hommes quelle que soit leur orientation sexuelle.

Concernant le dépistage du cancer du col de l'utérus, depuis 2018, conformément à l'action 1.1 du Plan cancer 2014-2019, sa généralisation à l'échelle nationale s'appuie sur un programme national de dépistage organisé. Son objectif est de réduire l'incidence et le nombre de décès par cancer du col de l'utérus de 30 % à 10 ans, en atteignant 80 % de taux de couverture dans la population cible et en rendant le dépistage plus facilement accessible aux populations vulnérables et les plus éloignées du système de santé. Le programme national de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus concerne l'ensemble des femmes de 25 à 65 ans. Il vise à améliorer différentes pratiques, notamment l'invitation par les professionnels de santé assurant le suivi gynécologique des femmes à réaliser un test de dépistage du cancer du col de l'utérus conformément aux recommandations en vigueur. Sa mise en œuvre opérationnelle est confiée aux structures en charge de la gestion des dépistages organisés des cancers.⁶²

⁵⁹ **Calendriers des vaccinations et recommandations vaccinales 2019**, Ministère des solidarités et de la santé, 2019/03, 73 p.

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/calendrier_vaccinal_mars_2019.pdf

⁶⁰ **Les cancers en France. L'essentiel des faits et chiffres**, INCA, 2019, 28 p.

https://www.oncorif.fr/wp-content/uploads/2019/02/Cancers_en_France-Essentiel_Faits_et_chiffres-2018.pdf

⁶¹ **Recommandation sur l'élargissement de la vaccination contre les papillomavirus aux garçons**, HAS, 2019.

https://www.has-sante.fr/jcms/p_3135792/fr/fiche-synthese-de-la-recommandation-vaccinale-vaccination-contre-les-papillomavirus-chez-les-garcons

⁶² **Arrêté du 4 mai 2018 relatif à l'organisation du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus**, JORF, 2018-05, 9 p.

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000036877136&categorieLien=id>

En France sur la période 2016-2018 près de 9 620 900 femmes ont réalisé au moins un frottis, soit un taux de recours standardisé de 54,2 pour 100 femmes de 25-64 ans.

**Recours au frottis cervico-utérin entre 2016 et 2018
(pour 100 femmes de 25-64 ans)**

	Taux de recours au frottis
25-34 ans	57,6
35-44 ans	60,4
45-54 ans	53,9
55-64 ans	42,6
Total 25-64 ans	54,2*

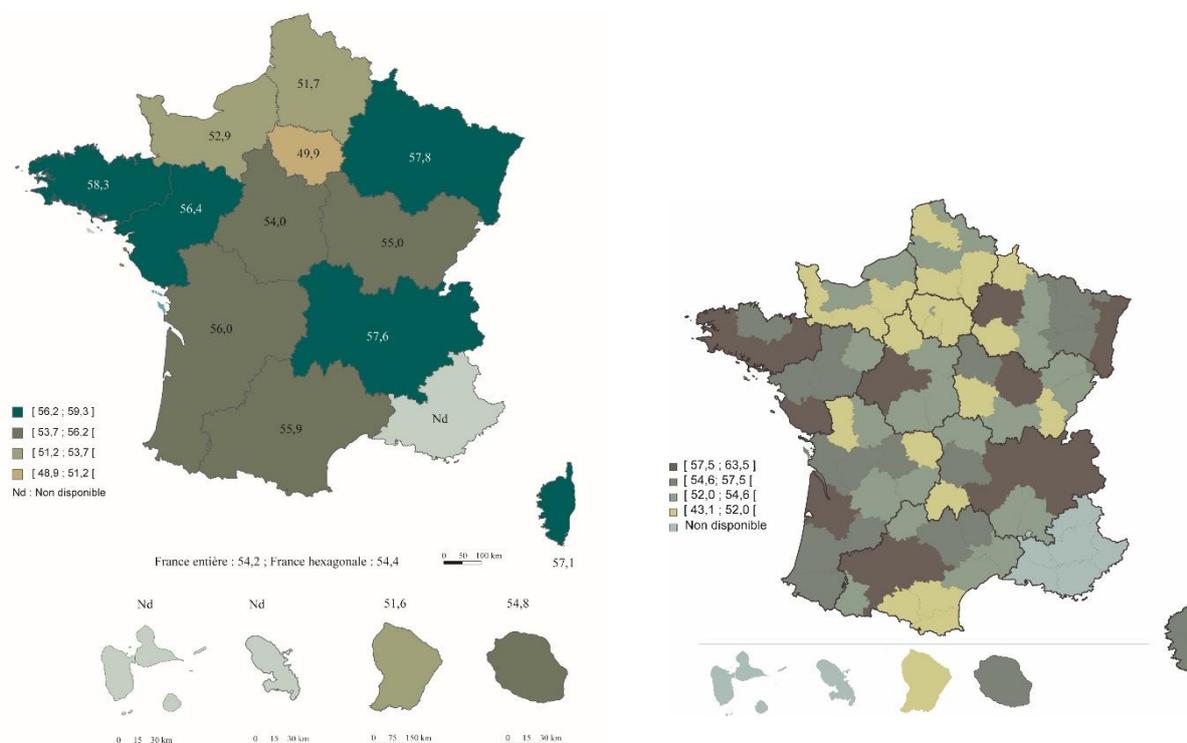
*Taux standardisé sur l'âge.

Sources : SNDS/DCIRS-PMSI - exploitation ORS pour la Fnors

Champ : les frottis cervico-utérin sont identifiés par l'examen du prélèvement, réalisés dans un laboratoire d'analyses biologiques ou d'anatomie et de cytologie pathologique (y compris laboratoire hospitalier), quelle que soit la spécialité du professionnel de santé ayant réalisé le prélèvement, entre le 01/01/2016 et le 31/12/2018.

Le recours au frottis cervico-utérin est le plus important chez les 25-44 ans, notamment chez les 35-44 ans où il concerne six femmes sur dix. Au-delà de 45 ans, il diminue pour ne concerner que quatre femmes sur dix chez les 55-64 ans.

**Taux standardisé de recours au frottis cervico-utérin sur la période 2016-2018
(pour 100 femmes de 25-64 ans)**



Sources : SNDS/DCIRS-PMSI - exploitation ORS pour la Fnors

Nd - Non disponible : exploitation non réalisée par l'ORS.

Champ : les frottis cervico-utérin sont identifiés par l'examen du prélèvement, réalisés dans un laboratoire d'analyses biologiques ou d'anatomie et de cytologie pathologique (y compris laboratoire hospitalier), quelle que soit la spécialité du professionnel de santé ayant réalisé le prélèvement, entre le 01/01/2016 et le 31/12/2018.

À l'échelle régionale, les taux de recours sont les plus importants en Bretagne, Grand Est, Auvergne-Rhône-Alpes, Corse et Pays de Loire : plus de 56 femmes de 25-64 ans sur 100 ont réalisé un frottis sur la période 2016-2018. Le taux de recours est le plus faible en Île-de-France, où moins d'une femme sur deux a réalisé cet examen. Dans les régions Hauts-de-France et Normandie, les taux de recours sont parmi les plus faibles avec respectivement 51,7 et 52,9 femmes de 25-64 ans sur 100.

Pour le cancer du corps de l'utérus, il n'existe pas de dépistage. Une surveillance au cas par cas peut être proposée en cas de risque élevé. Elle s'adresse soit aux femmes ménopausées prenant des œstrogènes depuis longtemps (traitement hormonal substitutif) ; aux femmes ménopausées obèses, particulièrement s'il existe une histoire familiale de cancer de l'endomètre, du sein, de l'ovaire ou du gros intestin ; aux femmes dont la ménopause s'est produite après 52 ans ; ou aux femmes pré-ménopausées présentant certains problèmes d'ovulation notamment en cas syndrome des ovaires micropolykystiques.

Deux méthodes peuvent être utilisées pour ce dépistage chez les femmes à risque : l'échographie transvaginale permettant d'estimer l'épaisseur de la muqueuse endométriale ou la biopsie endométriale. En cas de résultats ou de symptômes suspects, le médecin peut décider de pratiquer une hystérocopie et un curetage biopsique. Le frottis utilisé pour le dépistage du cancer du col de l'utérus ne peut être considéré comme un test de dépistage du cancer endométrial car, seulement 50 % des femmes atteintes de ce cancer présentent un frottis anormal. En revanche, la présence de cellules endométriales normales sur le frottis d'une femme ménopausée attirera l'attention du médecin. En effet, ces cellules endométriales normales peuvent être associées à une prolifération exagérée de l'endomètre, stade précancéreux et à un cancer. Si ces cellules endométriales sont atypiques, le risque que la patiente soit atteinte d'un cancer est accru.

En raison de ses symptômes précoces sous la forme de saignements, en dehors des règles ou après la ménopause ou de règles anormalement abondantes, le cancer endométrial est souvent diagnostiqué à un stade débutant. Le diagnostic repose sur différents examens. Il peut s'agir d'un prélèvement par biopsie ou frottis endométrial pendant la consultation ; d'un prélèvement par hystérocopie, pratiqué sous anesthésie générale, méthode qui permet de visualiser l'intérieur de l'utérus et de réaliser des biopsies au niveau des zones anormales. Parfois, ces prélèvements sont impossibles car l'orifice du col de l'utérus est fermé. Il faut alors réaliser un curetage après dilatation du col sous anesthésie générale. L'échographie utérine permet d'apprécier le volume de l'utérus, l'épaisseur de ses parois et l'aspect de l'endomètre et l'IRM (Imagerie par Résonance Magnétique) permet de prendre des images dans différents plans et de reconstruire en trois dimensions la structure analysée. Elle peut dans certains cas orienter le diagnostic et permet de mieux apprécier l'extension de la tumeur. Il arrive qu'un cancer endométrial soit découvert de manière fortuite après une hystérectomie pour une autre raison ; coexistant avec un autre cancer, par exemple un cancer de l'ovaire ou associé à des ovaires micropolykystiques chez les femmes de moins de 30 ans.⁶³

⁶³ **Cancer de l'utérus Examens**, Fondation contre le cancer, s.d, en ligne : <https://www.cancer.be/les-cancers/types-de-cancers/cancer-de-lut-rus-endom-tre/examens>

En quelques chiffres

- En France métropolitaine, en 2018, on enregistre 58 459 nouveaux cas de cancer du sein chez les femmes, le taux d'incidence correspondant est de 99,9 pour 100 000.
 - Le taux d'incidence enregistre une augmentation sur la période 1990-2018 (+ 1,1 % par an).
 - En 2012-2014, le taux standardisé d'admission en ALD pour cancer du sein s'élève à 173,7 pour 100 000 femmes (France entière hors Mayotte).
 - Le taux standardisé de mortalité est de 29,0 décès pour 100 000 femmes sur la période 2013-2015 (France entière hors Mayotte). Ce taux diminue depuis 30 ans.
 - En 2017-2018, le taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein est de 49,9 % chez les femmes de 50-74 ans.
-
- En France métropolitaine, en 2018, on enregistre 5 193 nouveaux cas de cancer de l'ovaire, le taux d'incidence correspondant est de 7,5 pour 100 000.
 - Le taux d'incidence enregistre une diminution de 1,0 % par an sur la période 1990-2018.
 - En 2012-2014, le taux standardisé d'admission en ALD pour cancer de l'ovaire s'élève à 12,7 pour 100 000 femmes (France entière hors Mayotte).
 - Le taux standardisé de mortalité est de 8,3 décès pour 100 000 femmes sur la période 2013-2015 (France entière hors Mayotte). Il a diminué de près de 30 % depuis 1979-1981 dans les régions métropolitaines et de près de 20 % dans les Drom depuis 2001-2003.
-
- En France métropolitaine, en 2018, on enregistre 2 920 nouveaux cas du col de l'utérus pour un taux d'incidence 6,1 pour 100 000 et 8 224 cas du cancer du corps de l'utérus pour un taux d'incidence de 11,0.
 - Sur la période 1990-2018, alors que l'incidence du cancer du col de l'utérus diminue (- 1,8 % par an) celle du corps de l'utérus reste stable.
 - En 2012-2014, le taux standardisé d'admission en ALD pour cancer de l'utérus (col et corps) s'élève à 27,8 pour 100 000 femmes (France entière hors Mayotte).
 - Le taux standardisé de mortalité est de 8,3 décès pour 100 000 femmes sur la période 2013-2015 (France entière hors Mayotte). Ce taux diminue depuis 30 ans au sein des régions métropolitaines. Il en est de même pour les Drom (à l'exception de la Guyane) sur la période débutant en 2001-2003.
 - Sur la période 2016-2018, le taux de recours standardisé au frottis cervico-utérin est de 54,2 pour 100 femmes de 25-64 ans.
 - Le recours au frottis cervico-utérin est le plus important chez les 25-44 ans.

Synthèse - Perspectives

Cet état des lieux sur la santé sexuelle et reproductive des femmes a été réalisé pour contribuer à estimer les besoins en professionnels de santé dans ce domaine dans les années à venir.

Plusieurs éléments ressortent de cet état des lieux.

Le nombre de **naissances** enregistrées en France est en diminution depuis le pic observé en 2010. Il est ainsi revenu au niveau de ce qui était observé vers la fin des années quatre-vingt-dix. Cette baisse est à relier en partie à la baisse du nombre de femmes dites « en âge de procréer » : les cohortes de femmes nées au cours du baby-boom sont maintenant presque toutes sorties de la tranche d'âge des 15-49 ans servant de référence pour déterminer cette population. Ce constat pourrait faire penser que le nombre de professionnels nécessaires dans ce domaine pourrait être amené à diminuer dans les années à venir. Cependant, trois phénomènes peuvent amener à penser que cela ne sera pas forcément le cas :

- on observe de manière régulière une augmentation de l'âge moyen des mères au moment où elles donnent naissance à un enfant. La part des mères âgées de 30 ans ou plus est maintenant de 56 % (valeur pour la période 2015-2018) alors qu'elle était de 45 % en 1999-2000 ;
- la part des grossesses multiples est également en augmentation, autour de 17 % depuis le début des années 2010 alors qu'elle était inférieure à 15 % à la fin des années quatre-vingt-dix ;
- une part croissante de naissances pour lesquelles l'accès à la PMA a été nécessaire. Cela représente aujourd'hui 3,3 % des naissances contre 2 % quinze ans plus tôt. Cette part est sans doute appelée à augmenter sous un double effet : celui en lien avec l'avancée en âge des parents au moment où se désire d'enfants s'exprime, les évolutions vers un accès plus large à la PMA avec la mise en application des textes en cours de discussion au Parlement.

La conjonction de ces trois phénomènes entraîne une augmentation des grossesses dites « à risque » qui nécessitent un suivi médical plus étroit et des prises en charges plus complexes et plus longues au moment de la naissance.

Dans le domaine de **l'accès à la contraception et à l'interruption volontaire de grossesse**, deux constats ressortent plus particulièrement de cet état des lieux pouvant avoir un impact sur les besoins en professionnels de santé formés :

- l'évolution dans les choix de méthodes contraceptives utilisées avec, en particulier, une part en baisse de la contraception par oestroprogestatifs et une hausse du recours aux dispositifs intra-utérins ;
- des IVG qui sont en nombre relativement stable, autour de 225 000 par an, depuis la deuxième moitié des années 2000 et un taux de 15 IVG par an pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans. Nous sommes donc face à un besoin stable en ce domaine mais avec d'importantes variations entre les territoires. Par exemple, entre régions, le taux d'IVG pour 1 000 femmes varie du simple au double entre les régions extrêmes de la France hexagonale et du simple au triple quand on prend également en compte les régions ultra-marines.

Enfin, l'évolution des **cancers des organes génitaux féminins** est contrastée :

- la mortalité par cancer du sein, du col ou du corps de l'utérus ou de l'ovaire est en baisse constante depuis le début des années deux mille (de - 8% pour les cancers de l'utérus à - 20 % pour les cancers du sein) sous l'effet conjugué des progrès thérapeutiques et du dépistage des cancers (sein et col de l'utérus) ;
- une augmentation de l'incidence des cancers du sein, de l'ovaire et du corps de l'utérus et une diminution de l'incidence des cancers du col de l'utérus.

Il est vraisemblable que ces deux évolutions inverses se poursuivent dans les années à venir avec le déploiement du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus et une meilleure participation au dépistage du cancer du sein d'une part, les progrès thérapeutiques d'autre part. Le nombre de personnes vivant avec un cancer des organes génitaux ou ayant un antécédent de ce type de cancer va donc être amené à augmenter dans les années à venir avec des besoins croissant en professionnel pour assurer leur prise en charge initiale puis leur suivi pendant les 5 à 10 ans qui suivent le traitement comme recommandé actuellement (2 à 3 fois par an pendant 3 à 5 ans selon les localisations et les stades puis tous les ans à vie).

Précisions méthodologiques

Assistance médicale à la procréation

Codes CCAM retenues pour les hospitalisations pour lesquelles des actes d'assistance médicale à la procréation :

JJFC011 – Prélèvement d'ovocytes sur un ou deux ovaires, par coelioscopie

JJFJ001 – Prélèvement d'ovocytes sur un ou deux ovaires, par voie transvaginale avec guidage échographique

JKHD003 – Prélèvement et examen de la glaire cervicale, avec examen de la mobilité des spermatozoïdes (Test postcoïtal de Huhner)

JSEC001 - Transfert intratubaire d'embryon par coelioscopie

JSED001 – Transfert intra-utérin d'embryon, par voie vaginale

JSLD001 – Insémination artificielle intra-utérine

JSLD002 – Insémination artificielle intracervicale

Recours au frottis cervico-utérin

Les données ont été exploitées par chaque ORS membre de la Fnors, disposant d'un accès effectif au portail du SNDS au moment de la réalisation de l'étude.

Les frottis cervico-utérin sont identifiés par l'examen du prélèvement, réalisés dans un laboratoire d'analyses biologiques ou d'anatomie et de cytologie pathologique (y compris laboratoire hospitalier), quelle que soit la spécialité du professionnel de santé ayant réalisé le prélèvement, entre le 01/01/2016 et le 31/12/2018.

L'âge correspond à l'âge révolu au 1^{er} janvier 2016.

Le département de résidence correspond :

- au numérateur : résidence connue par l'assurance maladie obligatoire au moment du frottis
- au dénominateur : résidence connue par l'assurance maladie obligatoire au moment de la 1^{ère} prestation remboursée sur la période 2016-2018.

La standardisation est réalisée selon l'âge à partir des effectifs du RP 2006.

Les effectifs de consommateurs pour la période 2016-2018 ont été calculés comme suit : nombre d'identifiants ben_idt_ano pour lesquels au moins une prestation a été remboursée au cours des années 2016 à 2018. Les bénéficiaires suivants sont exclus :

- ceux avec un NIR fictif ;
- ceux avec un NIR provisoire (ben_cdi_nir_1 =3 ou 4) ET sans ben_nir_ano renseigné ;
- ceux sans ben_nir_ano renseigné ET qui n'ont pas consommé en 2016 ou en 2018 ;
- ceux décédés avant le 1 juillet 2017 (au milieu de la période).

Glossaire

ALD :	Affection de longue durée
AMP :	Assistance médicale à la procréation
CCMSA :	Caisse centrale de la mutualité sociale agricole
CIRC :	Centre international de recherche sur le cancer
Cnam :	Caisse nationale d'assurance maladie
CNRSI :	Caisse nationale du régime social des indépendants
DCIR :	Datamart de consommation inter régime
DIU :	Dispositif intra-utérin
Drees :	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
HAD :	Hospitalisation à domicile
HAS :	Haute Autorité de Santé
HCSP :	Haut Conseil de Santé Publique
ICF :	Indicateur conjoncturel de fécondité
IRM :	Imagerie par résonance magnétique
IVG :	Interruption volontaire de grossesse
Insee :	Institut national de la statistique et des études économiques
MCO :	Médecine, chirurgie, obstétrique
OBSEFF :	Observatoire épidémiologique de la fertilité en France
PMA :	Procréation médicalement assistée
PMSI :	Programme de médicalisation des systèmes d'information
RP :	Recensement de la population
SAE :	Statistique annuelle des établissements de santé



Fédération nationale des
observatoires régionaux de la santé

- 62, boulevard Garibaldi 75015 Paris
- Tél. 01 56 58 52 40
- info@fnors.org
- www.fnors.org



Observatoire National de la Démographie
des Professions de Santé

ONDPS



- 14, avenue Duquesne 75350 PARIS 07 SP
- Tél. 01 40 56 89 36
- drees-ondps@sante.gouv.fr
- <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/acteurs/instances-rattachees/article/ondps-observatoire-national-de-la-demographie-des-professions-de-sante>

Febvrier 2020