

La femme, un « patient » comme les autres ?

COLLOQUE 7 FÉVRIER 2025
PALAIS DU LUXEMBOURG – SALLE CLÉMENCEAU



Sous le haut patronage de Madame Aurore Bergé,

Ministre déléguée auprès du Premier ministre,
chargée de l'Égalité entre les femmes et les hommes
et de la lutte contre les Discriminations

et de Monsieur Yannick Neuder,

Ministre auprès de la ministre du Travail,
de la Santé, de la Solidarité et des Familles,
chargé de la Santé et de l'Accès aux soins.

Sous le patronage de Madame Dominique Vérien,

Sénatrice de l'Yonne, Présidente de la Délégation
aux droits des femmes et à l'égalité des chances
entre les hommes et les femmes.



Depuis 1901,
pour les droits des femmes
et l'égalité des chances

Sommaire

Ouverture	4
Dominique Vérien	4
Introduction	6
Marie-Claude Bertrand	6
Nathalie Delphin	8
1^{ère} table ronde	9
Histoire et idées reçues sur la santé des femmes	10
Prendre en compte le sexe et le genre pour mieux soigner	10
Catherine Vidal	
La formation des soignants, le sous-diagnostic des pathologies chez la femme : vers une prise de conscience	12
Intégrer le genre dans les pratiques médicales : état des lieux et perspectives	12
Caroline de Pauw	
Endométriose, ménopause : l'arbre qui cache la forêt	14
Le Soroptimist International France, comment sont abordées les maladies spécifiques aux femmes	14
Elisabeth Herraiz	
Burn Out des femmes : la double peine	15
Anne-Sophie Vives	15
Jeanne Gauthier-Lenoir	16
Questions/Réponses	18
Conclusion	28
Marie-Claude Bertrand	
Clôture	29
Aurore Bergé	

Sommaire

2^{ème} table ronde	32
Les femmes et leur santé, étude et ressenti	33
Introduction	33
Nathalie Delphin	
Perception des femmes sur leur santé : Baromètre Femmes de Santé 2024	34
Catherine Azoulay	
L'image de la femme malade et/ou handicapée	39
Femmes en situation de handicap : les oubliées du système de santé	39
Chantal Rialin	
Les cancers féminins et travail : une patiente comme une autre ?	
Discriminations, tabous et prise en charge au travail	41
Virginie Villard	
La santé des femmes, le nouveau marché ?	43
Gestation pour autrui et santé des femmes. Minimisation et contractualisation des risques	43
Ana-Luana Stoicea Deram	
Les sage-femmes alliées des femmes pour leur Santé	46
Michèle Goussot-Souchet	
Pourquoi et comment refondre notre système de santé, au bénéfice de la santé des femmes	48
Frédéric Bizard	
Questions/Réponses	50
Préconisations	54
Remerciements	57
Le CNFF en bref	58

Ouverture



DOMINIQUE VÉRIEN

Sénatrice de l'Yonne, Présidente de la Délégation aux Droits des Femmes et à l'égalité des chances entre les femmes et les hommes

Madame la Présidente, mesdames et messieurs, je suis ravie de vous accueillir au Sénat, une institution qui se féminise de plus en plus, avec 36 % de sénatrices. La délégation aux droits des femmes, que je préside, est très active et bien reconnue.

Le thème de ce colloque est essentiel. Si nous sommes égales en droit, nous ne le sommes pas encore dans les faits. Beaucoup de choses sont pensées pour un homme de 1,80 m et 80 kg, comme le dosage des médicaments. Les femmes doivent souvent ajuster elles-mêmes leur prise, faute de prescriptions adaptées. C'est un enjeu de santé publique, notamment pour les AVC et les problèmes cardiaques, dont les symptômes diffèrent chez les femmes, mais sont peu étudiés en médecine.

Nous avons réalisé un rapport sur la santé des femmes au travail, intitulé "Des maux invisibles". Dans l'industrie, les équipements sont conçus pour des hommes, rendant le travail difficile pour des femmes plus petites et plus légères. On trouve encore des gants en taille unique censés convenir à tous.

Les troubles musculosquelettiques touchent majoritairement les femmes, notamment dans les métiers du soin où elles portent des charges lourdes. Les troubles psychologiques sont aussi sous-estimés : ce sont souvent les femmes qui assurent les postes d'accueil, absorbant l'agressivité du public sans que leur souffrance soit reconnue.

D'autres avancées sont nécessaires, par exemple sur le travail de nuit et son lien avec le cancer du sein. Il est crucial d'avoir des données genrées pour mieux

*“Si nous sommes égales en droit,
nous ne le sommes pas encore
dans les faits. Beaucoup de choses
sont pensées pour un homme
de 1,80 m et 80 kg, comme le
dosage des médicaments.”*

comprendre ces problématiques. Certaines maladies sont spécifiquement féminines ou masculines, et toutes doivent être soignées avec la même attention.

Voici un exemple frappant : on propose au Sénat un dépistage du cancer colorectal, mais rien n'est proposé pour le cancer du sein ou du col de l'utérus. J'ai dû insister auprès de la présidence pour qu'on intègre ces examens, alors que cela ne demande qu'une simple organisation.

Des progrès existent, comme la création d'un institut hospitalo-universitaire dédié aux cancers féminins, financé par France 2030. De notre côté, nous lançons un rapport sur les femmes et les sciences. Il est essentiel d'avoir plus de femmes dans les sciences médicales et technologiques, car elles apportent une vision différente, complémentaire à celle des hommes.

Nous devons viser une égalité réelle, où hommes et femmes travaillent ensemble pour construire un monde qui prend en compte tout le monde.

Je vous invite au vernissage de notre exposition sur les femmes de santé, le 11 février à la Cité Audacieuse. Ce sera l'occasion de mettre en lumière ces professionnelles et leur rôle essentiel.

Je vous souhaite un excellent colloque.

◀ Retour sommaire

Introduction



MARIE-CLAUDE
BERTRAND

Présidente du CNFF

Vous aurez remarqué que nous avons mis le mot "PATIENT" au masculin alors qu'il est question de LA Femme.

Pourquoi ?

C'est toute la problématique de la santé de la femme.

Le CNFF a pour but de promouvoir l'Égalité des droits et des chances entre les femmes et les hommes, de lutter contre les discriminations et toutes les formes de violence dont les femmes sont victimes.

Comme l'indique l'OMS "L'égalité des sexes est un droit fondamental, entériné dans la Déclaration universelle des droits de l'homme (on aimerait dire droits humains) et elle est indispensable pour atteindre tous les objectifs de développement durable (ODD)" - ODD 3 santé ODD 5 égalité des sexes.

Alors que la santé est le bien le plus précieux que nous souhaitons spontanément à nos proches et à toute personne que nous rencontrons, les inégalités de santé entre les femmes et les hommes sont encore, hélas, bien présentes en France.

Ainsi, pour la détection des pathologies :

Le système de santé a longtemps été pensé en prenant le sexe masculin comme modèle de référence ; les essais ont été longtemps menés majoritairement sur des hommes, entraînant un manque de données sur l'efficacité et les effets secondaires des traitements chez les femmes.

Or, il s'est avéré que les femmes n'ont pas les mêmes symptômes que les hommes (par exemple ceux des maladies cardiovasculaires). Certaines maladies sont sous-diagnostiquées, parfois minimisées et par suite, prises en charge tardivement.

Les professionnels de santé ne sont pas toujours formés à la différenciation des symptômes entre les femmes et les hommes.

Les conditions de vie des femmes : charge mentale, tâches domestiques, violences sexuelles peuvent accroître leur stress et impacter leur santé. Leur précarité économique (monoparentalité, temps partiel subi, écarts salariaux) limite leur accès aux soins et aux dispositifs de prévention. Voir "Femmes et précarité" colloque du CNFF 2023.

Les femmes se préoccupent d'abord de la santé de leurs proches - enfants, conjoint, parents - avant de se préoccuper de la leur qu'elles ont tendance à négliger.

Les troubles anxieux et dépressifs touchent davantage les femmes que les hommes. Ces souffrances psychologiques sont parfois banalisées ou attribuées à des causes hormonales ("elle est de mauvaise humeur, elle a ses règles") ce qui peut conduire à des prises en charge inadaptées.

Les violences faites aux femmes (physiques, psychologiques, administratives, sexuelles) ont un impact majeur sur leur santé mentale, nécessitant un accompagnement spécifique.

Nous pensons aux femmes victimes d'excision dont 125 000 vivent en France (Rappel 6 février - Journée de lutte contre les mutilations sexuelles féminines).

La santé de la femme n'échappe pas aux stéréotypes sexués comme encore la vision sociale de la femme malade ou handicapée.

Selon l'OMS, le personnel de santé rémunéré dans beaucoup de pays, est composé de 70 % de femmes qui assurent souvent les soins à domicile et les soins de proximité. Or, elles sont sous-représentées aux postes de direction et de responsabilité dans le système de santé.

Rapport du HCE

La santé de la femme a fait l'objet d'un rapport du HCE "prendre en compte le sexe et le genre pour mieux soigner, un enjeu de santé publique" ; Mme Catherine VIDAL que nous allons entendre dans un instant en fut la rapporteuse et l'a remis à M. Olivier VERAN alors Ministre de la santé et à Mme Elisabeth MORENO, alors ministre déléguée aux droits des femmes, le 15 décembre 2020.

Qu'en est-il quatre ans après ?

Engagements de la France lors du FGE

Et puis, la France, lors du Forum Génération Egalité, a pris la tête de la coalition "autonomie corporelle et droits en matière de santé reproductive et sexuelle" et à ce titre un de ses engagements est avec l'OMS et l'ONG "WOMEN IN GLOBAL HEALTH", de porter une campagne pour l'amélioration de la place des femmes dans le secteur de la santé, suite aux constats de crise sanitaire sur les inégalités d'accès aux postes de décisions ou de rémunération. Face à ces constats, nous pensons qu'il est urgent de repenser la médecine et les politiques de santé pour mieux intégrer les spécificités de la santé de la femme.

Ce colloque vise à mettre en lumière ces inégalités des femmes et des hommes dans le domaine de la santé, à favoriser une prise de conscience collective, à croiser les perspectives des acteurs de la santé, des décideurs politiques et des femmes elles-mêmes, et à proposer des solutions concrètes pour une santé plus égalitaire mais aussi éthique.

"Le système de santé a longtemps été pensé en prenant le sexe masculin comme modèle de référence ; les essais ont été longtemps menés majoritairement sur des hommes, entraînant un manque de données sur l'efficacité et les effets secondaires des traitements chez les femmes."

Introduction



NATHALIE DELPHIN

Présidente du Syndicat des Femmes

*Chirurgiens-Dentistes (SFCD),
Secrétaire générale adjointe du
CNFF, modératrice du colloque*

Je vais vous accompagner tout au long de cette journée dédiée à la santé des femmes.

Le sujet est désormais sur le devant de la scène, mais pourquoi encore un colloque ?

Parce que pendant des décennies, on en a trop peu parlé. Il est temps de rattraper ce retard et de mettre en lumière ces enjeux. Votre présence aujourd’hui en témoigne : nous avons besoin de solutions concrètes.

Avec le CNFF, nous avons voulu élargir le débat. Plutôt que de nous focaliser sur une seule pathologie ou problématique, nous avons choisi d’aborder la santé des femmes dans sa globalité. C’est en établissant des liens entre ces différents sujets que nous pourrons avancer vers une médecine plus égalitaire et éthique.

Merci aux intervenants de ce matin et de cet après-midi qui nous aideront à mieux comprendre ces enjeux. Je serai vigilante sur le respect du temps de parole – désolée pour les intervenants ! Quant à vous, prenez note de vos questions, vous aurez l’occasion d’échanger en fin de session.

J'accueille maintenant notre première intervenante, **Catherine Vidal**, neurobiologiste et directrice de recherche honoraire. Elle a écrit de nombreux ouvrages, dont "*Femmes et santé, encore une affaire d'hommes*", un titre en parfaite résonance avec notre sujet du jour.

Merci d'être parmi nous.

[Retour sommaire](#)

1^{ère} table ronde

Histoire et idées reçues sur la santé des femmes

**La formation des soignants, le sous-diagnostic des pathologies
chez la femme : vers une prise de conscience**

Endométriose, ménopause : l'arbre qui cache la forêt

Questions / Réponses

**Conclusion de la 1^{ère} table ronde
Remise officielle des Minutes du Colloque 2024
“Féminisme(s) : Définition. Avenir ?”**

Clôture



CATHERINE
VIDAL

*Neurobiologiste, directrice de recherche honoraire à l’Institut Pasteur de Paris, membre du Haut Conseil à l’Egalité et du Comité d’Ethique de l’Inserm où elle co-dirige le groupe “Genre et Recherches en Santé”.
Publications: Prendre en compte le sexe et le genre pour mieux soigner : un enjeu de santé publique”(www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/), Femmes et santé : encore une affaire d’hommes ? Belin*

Prendre en compte le sexe et le genre pour mieux soigner

Dans de nombreux pays, les inégalités sociales de santé sont toujours présentes, en particulier au détriment des femmes. L'accès aux soins et la prise en charge médicale sont souvent plus difficiles pour les femmes que pour les hommes. Il est important de faire la distinction entre les notions de différences et d'inégalités de santé. Les différences de santé sont liées à des facteurs biologiques (gènes, hormones, organes, etc.), tandis que les inégalités de santé relèvent de facteurs sociaux, culturels, économiques, pour lesquels la notion de genre joue un rôle prépondérant.

Un exemple typique est l'infarctus du myocarde, longtemps considéré comme une maladie d'homme stressé au travail. Dans la pratique, une femme qui se plaint de douleurs dans la poitrine se verra plus souvent prescrire des anxiolytiques, tandis qu'un homme sera dirigé vers un cardiologue. En conséquence, l'infarctus est encore sous-diagnostiqué chez les femmes. Celles-ci, insuffisamment informées, en minimisent les symptômes et appellent plus tardivement les urgences. À l'hôpital, leur prise en charge est aussi plus tardive.

À l'inverse, la dépression apparaît comme une pathologie féminine, les femmes étant deux fois plus touchées que les hommes. Une explication longtemps privilégiée est celle d'une origine hormonale liée aux menstruations, à la grossesse ou à la ménopause... Or des recherches récentes montrent que les facteurs biologiques ne jouent qu'un rôle minime, face à l'environnement socioculturel et économique (précarité, charge mentale, violences) qui expose davantage les femmes aux risques de dépression. D'après une étude menée sur plus de 200 pays, plus le niveau économique d'un pays est élevé, moins on constate de différences entre les hommes et les femmes dans la dépression. Le poids des stéréotypes concerne aussi l'autisme qui est sous-diagnostiqué chez les filles. Chez le jeune enfant, le retrait sur soi est perçu comme de la timidité pour les filles, alors que pour un garçon on va suspecter un trouble de la communication sociale.

Les conditions de vie, sociales, économiques et environnementales constituent également des facteurs de risques pour la santé des femmes. Les troubles

“Il est important de faire la distinction entre les notions de différences et d’inégalités de santé.”

musculosquelettiques et les risques psychosociaux touchent plus gravement les femmes, en particulier les employées et les ouvrières. La pénibilité du travail et les maladies professionnelles sont sous-estimées chez les femmes. Les cancers d’origine professionnelle sont moins souvent reconnus chez les femmes que chez les hommes. Une étude récente de l’Inserm montre que le travail de nuit augmente de 26 % les risques de cancer du sein.

Autres menaces pour la santé des femmes : la précarité et le poids des charges domestiques et familiales. La pauvreté, qui touche majoritairement les femmes, se traduit par le renoncement aux soins et par une dégradation de l’hygiène de vie : logement dégradé, mauvaise alimentation, sédentarité, pénibilité au travail; autant de facteurs qui favorisent l’obésité, le diabète, les maladies cardiovasculaires, les troubles dépressifs, etc.

Les femmes sont aussi les premières victimes de violences, ce qui se répercute sur leur santé mentale et physique (blessures traumatiques et gynécologiques, troubles psychiques et psychosomatiques, anxiété, conduites addictives, troubles du sommeil...). Enfin, les risques sanitaires des agents toxiques présents dans l’environnement pour les femmes enceintes vont croissant. L’exposition pré- et postnatale à divers polluants chimiques et atmosphériques constitue des risques avérés pour la croissance des fœtus et le développement des enfants.

Depuis plus de vingt ans, aux États-Unis, au Canada et en Europe du Nord, la thématique “Genre et Santé” figure dans les plans stratégiques des institutions de recherche et dans les politiques de santé publique. La France est en retard dans ce domaine. Il est urgent d’instaurer des programmes de formation des étudiants et des soignants, et de mener des campagnes d’informations et de prévention auprès du public. Une autre priorité est de soutenir les recherches sur le sexe et le genre dans la santé, associant les disciplines cliniques et biomédicales avec les recherches en sciences sociales et en santé publique. Le soutien aux associations est un autre impératif. C’est notamment grâce à elles que l’endométriose est sortie de l’ombre.

Questionner les inégalités de santé au prisme du genre permet d’analyser plus précisément les pathologies, de formuler de nouvelles hypothèses de recherche et de construire des stratégies de prévention et de traitement. Cette approche constitue une innovation dans la médecine et la recherche pour le plus grand bénéfice de la santé des femmes et des hommes.

Dans la pratique, une femme qui se plaint de douleurs dans la poitrine se verra plus souvent prescrire des anxiolytiques, tandis qu’un homme sera dirigé vers un cardiologue.

La formation des soignants, le sous-diagnostic des pathologies chez la femme : vers une prise de conscience



CAROLINE DE PAUW

*Docteure en sociologie, chercheuse
associée au CLERSE (Université de Lille),
directrice de l'URPS Médecins Libéraux
des Hauts-de-France*

Intégrer le genre dans les pratiques médicales : état des lieux et perspectives

Conflits d'intérêt : aucun.

Ce sont les conditions dans lesquelles les personnes naissent, grandissent, travaillent, vivent et vieillissent, ainsi que l'ensemble plus vaste de facteurs et de systèmes qui façonnent les conditions de vie quotidienne (Commission de l'Organisation mondiale de la santé sur les Déterminants sociaux de la santé, 2008). L'objectif de mon intervention est donc de vous apporter un regard sociologique sur la nécessité d'intégrer le genre dans les pratiques médicales si on veut pouvoir réduire les inégalités de santé.

Aujourd'hui, les femmes sont bien discriminées en matière de santé vis-à-vis des hommes. Si certes ces dernières vont avoir une espérance de vie à la naissance plus longue (environ 6 années de plus), il n'en est rien quand on s'attache à l'espérance de vie en bonne santé car les femmes vont vivre en moyenne avec 21 ans d'incapacités modérées à sévères contre 14 ans pour les hommes. De plus, les femmes subissent des conditions de vie plus souvent dégradées, sources d'iniquités en santé et non liées à la biologie féminine : précarité financière immédiate et à distance (plus de chômage subi, moins bonne rémunération, plus de temps partiel subi, cheffes de familles monoparentales, moindre acquisition de droits sociaux tels que la retraite...) ; davantage victimes de violences sexuelles et psychologiques avec répercussions physiques et psychologiques, renoncement aux soins plus importants que les hommes, quelle que soit la catégorie sociale, etc.

En ayant une approche genrée sur la santé, il est nécessaire de distinguer ce qui va relever du biologique et du social. Même si des différences biologiques existent, les inégalités de santé entre hommes et femmes résultent surtout de comportements influencés par les stéréotypes sociaux. Il est d'ailleurs à noter que ce champ de recherche genré est en plein essor et que des différences sont aujourd'hui mesurées dont il est indispensable de poursuivre la recherche (perception et gestion de la douleur, santé au travail et travail atypique, santé mentale, etc.).

Aujourd’hui, l’impact des stéréotypes sur la santé est considérable, de la description des symptômes au rapport au corps ou encore au recours aux soins. On va ainsi davantage attendre des hommes qu’ils soient résistants au mal, virils et en capacité d’assumer certaines prises de risque : ces derniers vont davantage tarder à la consulter, notamment pour des motifs de santé mentale, encourageant des comportements à risque comme les addictions qui exprimeront leur mal-être. À l’inverse, on attendra davantage des femmes qu’elles soient plus fragiles et plus enclines à exprimer leurs souffrances et donc consulter plus rapidement. Or, ces stéréotypes sont la plupart partagés par les soignants, qui, consciemment ou non, les intègrent dans leur pratique et vont donc créer une “double peine”, à la fois par le patient lui-même, puis lors de sa prise en soins.

Mais il n'est pas si aisés que cela d'isoler ce qui relève d'une différence biologique ou sociale et on assiste souvent un cumul de défaveurs de ces deux dimensions. Ainsi, si les études montrent que les femmes ont tendance à sous-estimer leurs symptômes et à consulter plus tard pour elles-mêmes que pour leurs proches (infarctus ou AVC par exemple). Une fois dans le parcours de soins, ces mêmes biais de la part des professionnels de santé, cumulés à des symptomatologies parfois spécifiques chez les femmes, vont allonger ses délais de diagnostic et de traitement, imputant ces douleurs à une surcharge mentale ou une origine psychologique.

Il est cependant nécessaire de rappeler qu'aucun(e) professionnel(le) n'a des pratiques volontairement nuisibles pour les personnes qu'il(e) prend en soins. Les stéréotypes sont très souvent inconscients et leurs effets sous-estimés par les acteur(rice)s de la santé. Il est donc nécessaire de faire évoluer les pratiques professionnelles pour faire bouger les lignes, mais avec empathie. Et prendre conscience de ses biais implicites¹ est déjà un changement de pratiques.

Les inégalités de santé constituent un enjeu systémique qui ne peut pas être résolu uniquement par le système de soins. Tant que les femmes représenteront 70 % des travailleurs pauvres et cumuleront des charges domestiques et familiales élevées, leur état de santé restera dégradé. Il est crucial d'adopter une

approche globale, intégrant politiques publiques, éducation et prévention.

Il est également essentiel de développer une approche intersectionnelle car toutes les femmes ne sont pas égales en matière de santé et il y a des positions systémiques qui vont malgré tout donner accès à certains priviléges auxquels les autres femmes n'auront pas accès : une femme noire est aujourd’hui davantage discriminée en matière de santé qu'une femme blanche, idem pour une femme homosexuelle vs hétérosexuelle, une femme avec des revenus élevés etc. Comprendre ces mécanismes de priviléges et d'oppression, connaître sa situation en tant que soignant et patients permet d'envisager les biais implicites des différents acteurs de la relation de soins et de limiter les discriminations non conscientes qui s'opèrent et libérer la parole (<https://cihr-irsc.gc.ca/f/52608.html>). C'est un outil de lutte contre les inégalités sociales de santé.

Pour terminer mon propos, je partagerai une vision à la fois optimiste car des avancées ont été réalisées : la recherche médicale intègre enfin les femmes dans les essais cliniques, la Haute Autorité de Santé a publié un référentiel sur la prise en compte du genre en santé, etc.

Cependant, les stéréotypes de genre se renforcent (HCE, 2024) et le sexismne ne recule pas. L'écart entre les perceptions des femmes et des hommes est toujours aussi important voire se creuse et se polarise et menace le vivre ensemble. Les conditions de vie ne s'améliorent pas, notamment celles pour lesquelles les femmes sont les plus exposées.

Grossophobie, conciliation vie domestique/professionnelle (charge mentale), horaires atypiques, normes de fémininité inatteignables etc., les femmes n'ont jamais autant été exposées à des facteurs exogènes qui les mettent en vulnérabilité.

Il y a donc nécessité d'agir ENSEMBLE pour donner les moyens aux soignants d'accompagner les femmes et les plus vulnérables mais cela n'est possible qu'avec une prise en compte globale de la problématique.

¹. Associations qui sont faites sans que la personne soit consciente du processus. Processus inconscient qui est activé par des indices situationnels principalement des caractéristiques externes comme l'âge, le genre, la couleur de peau, la corpulence, l'accent exerçant silencieusement [leur] influence sur la perception, la mémoire et le comportement (Gopal et al. Implicit bias in healthcare : clinical practice, research and decision making . Future Healthc J. 2021;8(1):40_8 ; Blair et al_Unconscious implicit) bias and health disparities : where do we go from here ? Perm J. 2011;15(2):71_8.)



ELISABETH HERRAIZ

Présidente de Soroptimist International France,
membre du CNFF

Dans le domaine de la santé, nous avons retenu cinq journées importantes. Le 7 mars, Journée mondiale contre l'endométriose. Le 7 avril, Journée mondiale de la santé. Le 28 mai, Journée mondiale de l'hygiène menstruelle. Le 29 septembre, Journée mondiale du cœur et des maladies cardiovasculaires. Le 19 octobre, Journée mondiale contre le cancer du sein.

Nos actions mettent l'accent sur l'information, la sensibilisation et la collecte de fonds pour soutenir des associations de terrain. Nos clubs organisent des conférences, des événements et des campagnes de communication.

Dans la lutte contre l'endométriose, nous sensibilisons via des conférences et des campagnes d'information. Pour la Journée mondiale de la santé, nous menons des initiatives locales comme la *Blue Run*, une course en ligne ouverte à toutes.

Concernant le bien-être et le cancer, nous organisons des collectes de fonds pour financer des cabines socio-esthétiques destinées aux femmes atteintes de cancer. Pour lutter contre la précarité menstruelle, nous installons des distributeurs de

Le Soroptimist International France, comment sont abordées les maladies spécifiques aux femmes

Je représente une ONG composée exclusivement de femmes, regroupant une centaine de clubs en France et en Outre-mer, soit environ 2 000 membres. Notre devise est *"Des femmes au service des femmes"*, et nous agissons dans cinq domaines :

L'éducation, le développement durable, la lutte contre les violences faites aux femmes et aux filles, l'autonomisation et le leadership, ainsi que la santé.

Nos actions s'alignent sur les journées onusiennes et les objectifs de développement durable de l'ONU. Deux dates majeures structurent notre engagement. Le 8 mars, Journée internationale des droits des femmes, où nos 2 000 membres se mobilisent pour porter la voix des femmes. Le 10 décembre, Journée des droits humains.

protections hygiéniques gratuits, notamment dans une école d'aides-soignantes. À l'international, des kits de serviettes hygiéniques lavables sont distribués aux jeunes filles au Sénégal via l'initiative *Happy Afrique*.

En matière de sensibilisation aux maladies cardiovasculaires, nous organisons des marches pour le cœur, des conférences et apportons un soutien financier aux associations spécialisées. Suite à l'incendie d'un *Bus du cœur*, nos clubs ont levé des fonds pour sa reconstruction.

Dans le cadre d'Octobre Rose, tous nos clubs participent activement à travers des conférences et des collectes pour financer des associations locales aidant les femmes dans leur reconstruction, notamment pour l'achat de perruques ou le financement de tatouages réparateurs.

Ce mois-ci, nous mettons à l'honneur les jeunes filles dans les domaines scientifiques et techniques (STEM) à l'occasion de la Journée mondiale dédiée.

[◀ Retour sommaire](#)



ANNE-SOPHIE
VIVES

Directrice de l'Association BURN et fondatrice du collectif des BURN'ettes

Burn Out des femmes : la double peine

Aujourd'hui, nous abordons la question du burn-out, un phénomène qui touche deux fois plus de femmes que d'hommes.

Notre association accompagne les femmes en burn-out grâce à une approche pluridisciplinaire, de l'effondrement à la réinsertion socio-professionnelle. Nous travaillons avec des professionnels de santé, de l'insertion, du handicap et de la parentalité, car nous traitons à la fois du burn-out professionnel et parental.

Nous menons également des actions de prévention en entreprise et auprès du grand public. En parallèle, nous collaborons avec plusieurs laboratoires et accueillons des doctorants pour mieux comprendre le burn-out féminin.

Actuellement, le burn-out est uniquement diagnostiqué s'il est lié au travail. Pourtant, 60 % des femmes concernées indiquent que leur burn-out résulte aussi de la sphère personnelle.

Le poids de la charge mentale et domestique est un facteur clé. 73 % des tâches domestiques sont encore assumées par les femmes. 85 % des foyers monoparentaux sont dirigés par des femmes. Les femmes aidantes, qui s'occupent de proches dépendants, sont aussi plus nombreuses.

Certains facteurs professionnels aggravent cette situation. Les métiers à forte charge émotionnelle, comme les professions du care, dans le soin, l'éducation et l'assistance, sont plus exposés aux risques psychosociaux. Les emplois précaires et morcelés, avec des horaires difficiles, augmentent la vulnérabilité. Les femmes cadres disposent de moins de latitude décisionnelle et restent sous-représentées aux postes de direction. Les inégalités salariales les empêchent aussi d'avoir les moyens nécessaires pour déléguer certaines tâches domestiques.

L'influence du sexism est une autre dimension importante. 20 % des femmes accompagnées ont subi des violences sexistes et sexuelles au travail. Le sexism, qu'il soit ordinaire ou agressif, a un impact direct sur la santé mentale et peut entraîner un trauma.

Les données clés sur le burn-out des femmes montrent que la tranche d'âge la plus touchée se situe entre 35 et 50 ans. Les mères de jeunes enfants et les familles monoparentales sont particulièrement vulnérables. Le burn-out parental est en hausse et représente 9 % des cas. Le burn-out multifactoriel, combinant les dimensions professionnelle et parentale, concerne 60 % des situations.

◀ Retour sommaire

La reconnaissance de cette pathologie reste encore insuffisante. Le diagnostic est compliqué, car le burn-out est souvent confondu avec la dépression, ce qui nuit à une prise en charge adaptée. Il n'est pas reconnu comme une maladie professionnelle, ce qui rend difficile l'obtention d'indemnités ou d'aides adaptées.

Il existe également des différences d'expression entre les sexes. Chez les femmes, le burn-out se manifeste par un épuisement émotionnel, des pleurs et un besoin de soutien. Chez les hommes, il se traduit plus souvent par des comportements antisociaux, de l'agressivité et une dépersonnalisation. L'impact gynécologique est aussi un sujet de préoccupation, certaines pathologies comme l'endométriose semblant être aggravées par le burn-out.

Le burn-out n'est pas seulement une question individuelle, mais un enjeu de société. Il est le symptôme de nos sociétés modernes où les rythmes de vie accélérés et les inégalités de genre pèsent lourdement sur les femmes. Des millions de personnes sont concernées, et l'urgence est de mieux prévenir, diagnostiquer et accompagner ces situations avant qu'elles n'entraînent des conséquences encore plus graves sur la santé publique.



JEANNE
GAUTHIER-LENOIR
*Psychologue et psychothérapeute
et directrice du comité scientifique
de l'association Elburn*

Le burn-out est un syndrome d'adaptation qui évolue avec les organisations du travail et leurs impacts sur la santé. Il s'agit d'une décompensation progressive, résultant de l'interaction entre une organisation psychique spécifique, correspondant aux caractéristiques de l'individu, et une organisation du travail spécifique, correspondant aux conditions de travail.

Ce syndrome se manifeste par une fatigue extrême, un sentiment d'impuissance et une perte de motivation. Il est souvent imperceptible au départ, notamment lorsque l'entourage professionnel traverse des situations similaires.

Les causes du burn-out sont multifactorielles. L'augmentation de la charge de travail, avec plus d'intensité, de complexité et de pression, joue un rôle important. L'individualisation des performances, avec des évaluations personnelles, des objectifs chiffrés et un isolement accru, est également un facteur aggravant. Le pilotage par la demande, qui impose une relation directe avec des clients, des usagers ou des patients, entraîne une surcharge émotionnelle.

La gestion des performances est souvent centrée sur les objectifs plutôt que sur le travail lui-même, ce qui réduit le soutien collectif. L'informatisation et l'intelligence artificielle accélèrent le rythme de travail, parfois de manière incompatible avec les capacités biologiques et psychiques des travailleurs. Tout cela entraîne une perte du sens du travail, une montée de la solitude et des pathologies de surcharge, dont le burn-out.

[Retour sommaire](#)

“Le burn-out n'est pas seulement une question individuelle, mais un enjeu de société.”

Les femmes sont plus touchées en raison d'un double fardeau, à la fois professionnel et domestique, qui accroît leur risque de burn-out. La charge mentale et la double journée les affectent particulièrement. 73 % des tâches domestiques sont assumées par les femmes. 85 % des familles monoparentales sont dirigées par des femmes. La nécessité de tenir sur tous les fronts mène à un épuisement plus rapide.

Le travail des femmes reste souvent invisible. Elles bénéficient d'une moindre reconnaissance professionnelle. Les difficultés liées à la charge émotionnelle de certains métiers, comme le soin, l'éducation et l'assistance, sont souvent niées. La pression sociale pour concilier vie professionnelle et personnelle est plus forte.

Les conditions de travail spécifiques aux femmes aggravent également le burn-out. Elles sont plus exposées aux horaires morcelés et à la précarité. Les métiers à prédominance féminine imposent une forte exigence émotionnelle. Elles subissent davantage de discriminations et de sexisme, avec des attitudes méprisantes et parfois de la violence au travail.

Les femmes expriment souvent leur burn-out différemment des hommes. Les signes les plus fréquents sont des troubles

cognitifs, comme des difficultés de concentration et des oubliés fréquents. Elles présentent un phénomène d'auto-accélération, se surinvestissant dans le travail malgré la fatigue. Elles pratiquent un présentisme excessif, restant au travail même en souffrance. Elles ressentent une fatigabilité à l'effort, avec une perte d'énergie rapide. Certains symptômes physiques apparaissent, comme des troubles cardiaques et respiratoires, ainsi que des hypoglycémies et des troubles hormonaux liés au stress chronique.

Le burn-out des femmes est un problème systémique qui doit être traité par plusieurs mesures. Il est essentiel de reconnaître officiellement le burn-out comme une maladie professionnelle. La formation des professionnels de santé doit être renforcée pour éviter la confusion avec la dépression. Une prise en charge pluridisciplinaire, impliquant médecins généralistes, psychiatres et paramédicaux, est nécessaire.

Il est crucial de réfléchir à l'organisation du travail pour éviter la surcharge et l'isolement des travailleurs. Intégrer le genre dans l'analyse des conditions de travail est indispensable pour offrir une réponse adaptée aux réalités vécues par les femmes.

Questions/Réponses

Dre Nathalie DELPHIN, modératrice



Merci infiniment. Je crois que vos propos ont profondément résonné dans cette salle ; en tout cas, ils l'ont fait pour moi. Merci pour cela. Vous avez aussi montré combien il est difficile d'établir un diagnostic : c'est un enjeu réel. Chacun sait que la santé mentale sera un sujet majeur en 2025 ; nous verrons comment les pouvoirs publics s'en saisiront.

J'ai beaucoup apprécié que vous abordiez la notion de "conflit éthique". Cette difficulté à ne pas vouloir renoncer — chez les femmes comme chez les hommes — est très présente, et ce conflit intérieur peut amplifier ou parfois masquer certains symptômes. Merci encore.

À présent, la parole est à vous. Après toutes ces interventions, vous avez sans doute de nombreuses questions. Des micros vont circuler : n'hésitez pas. Comme vous l'avez constaté, la tribune est aujourd'hui entièrement féminine ; une petite brèche dans le plafond de verre ! Nous vous écoutons.

■ QUESTION

Secrétaire générale du CNFF, présidente d'un CIDFF dans les Hautes-Pyrénées, j'ai des questions aux deux premières intervenantes.

À partir de quand peut-on dater l'émergence de l'inégalité entre les femmes et les hommes sur les questions de santé ? J'ai vu qu'il y avait une journée internationale sur la santé des femmes au mois de mai de chaque année depuis 1987 ; c'est donc, un problème qui ne date pas du XXI^e siècle. C'est un problème qui est ancien, j'aurais voulu que vous puissiez rebondir sur ce point-là et nous préciser les choses pour montrer combien il faut peut-être du temps pour faire aboutir les avancées.

Ensuite, pour la deuxième intervenante, j'aimerais savoir si, dans les universités, concernant les étudiants.es en médecine, et au-delà, pour tous les professionnels de santé, il y a une formation sur ce point particulier des inégalités pour sensibiliser aux interférences de tous les problèmes sociaux sur la santé des femmes afin que pour poser des diagnostics il y ait une approche qui soit assez large : questions ouvertes à sa patientèle, aux gens, pour pouvoir faire un travail, je dirais, un bon travail, un bon diagnostic et apporter des bons soins.

■ RÉPONSE 1

Si l'on considère les siècles précédents, l'histoire de la médecine depuis l'Antiquité a toujours été centrée sur le corps des hommes, tandis que les femmes étaient réduites, dans les questions de

santé, à tout ce qui relevait de la maternité. La "santé sexuelle" était entendue au sens strict, c'est-à-dire reproductif ; ce n'est que plus tard qu'elle a été envisagée au sens large. Avant que l'on ne s'intéresse aux femmes sous d'autres angles dans les questionnements de santé, la prise de conscience et les actions efficaces n'ont véritablement commencé que dans les années 1960-1970, avec la montée des courants féministes aux États-Unis. À l'origine, ces mouvements portaient des revendications liées à la santé sexuelle et reproductive des femmes, mais ils ont aussi suscité une prise de conscience dans d'autres domaines de la santé, en particulier pour les maladies cardiovasculaires, qui commençaient à être prises en compte ne serait-ce que sous l'angle de leur prévalence. Il a été montré, par ailleurs, une sous-représentation des femmes dans les essais cliniques concernant des médicaments susceptibles de jouer un rôle contre les maladies cardiovasculaires.

Il faut replacer l'histoire des essais cliniques dans son contexte. Dans les années 1950-1960, toujours aux États-Unis, a débuté l'essor de l'industrie pharmaceutique, dont on sait depuis combien il a été profitable. Ces industries naissantes se sont multipliées grâce aux progrès de la chimie : on a pu isoler des molécules, les purifier, et l'on a beaucoup avancé dans la fabrication des médicaments et dans la recherche. Les essais cliniques sont devenus de plus en plus nombreux, et deux scandales majeurs ont éclaté dans les années 1960 : la thalidomide et le distilbène. Des essais menés sur des femmes

- qui n'étaient pas forcément conscientes d'être enceintes - ont entraîné des malformations foetales gravissimes et, chez les filles exposées in utero, des cancers. À partir de là, les États-Unis ont interdit d'inclure les femmes dans les essais cliniques afin de prévenir d'éventuels dommages aux foetus. Cette interdiction est intervenue, me semble-t-il, en 1977.

Ce n'est qu'en 1993 qu'une loi, adoptée sous l'influence des mouvements féministes américains, a obligé l'industrie pharmaceutique, ainsi que le secteur public, à inclure les femmes - et aussi les personnes issues de minorités ethniques - dans les essais cliniques. À partir de 1993, progressivement, la proportion de femmes incluses a augmenté. Et depuis une quinzaine d'années, toutes les statistiques le montrent : on atteint des taux d'inclusion quasiment à 50 % pour les femmes et 50 % pour les hommes. Les progrès dans ce domaine ont été considérables.

C'est un point essentiel, dont on n'a pas toujours pleinement conscience : ce sont les mouvements féministes, à l'origine, qui ont permis ces avancées décisives dans la prise en compte de la santé des femmes.

■ RÉPONSE 2

Pour compléter, si on s'intéresse aux travaux de paléontologie, on montre même que les corps des hommes et des femmes étaient identiques et que c'est par la différenciation sexuelle des activités qu'on a eu des différences corporelles. C'est-à-dire que peut-être aujourd'hui, on aurait une taille moyenne identique à celle des hommes si on avait fait d'autres choix de société. Donc quelquefois, j'aime bien d'abord d'autres travaux, et ceux-là sont aussi passionnants, pour voir que ce n'est pas biologiquement inné, c'est acquis. C'est acquis de très loin, mais c'est acquis quand même.

Et puis pour répondre à votre question sur la formation des médecins et personnels de santé, je vais être assez triste sur le sujet, parce que, en effet, la réponse est quand même globalement non. On est très en retard par rapport aux Suisses par exemple ou aux Canadiens.

Dans leurs universités de formation médicale et paramédicale, ces notions sont intégrées : ils disposent de chaires qui s'en occupent et de programmes de recherche qui y sont associés. J'ai toujours l'impression que nous sommes un peu enfermées par une valeur pourtant très belle, celle d'égalité, qui impose l'idée qu'il faudrait traiter tout le monde de la même manière, avec pour résultat, dans ces cas-là, quelque chose d'assez pesant lorsqu'il s'agit de développer d'autres approches dites intersectionnelles, où il faudrait plutôt réfléchir en termes

d'équité. Mais cela (c'est mon interprétation) introduit de la lenteur. Ou alors, c'est simplement parce que, pour l'instant, ce sont encore des hommes qui sont au pouvoir et que nous n'arrivons pas à faire évoluer le programme.

Quoi qu'il en soit, ça bouge un peu—pas beaucoup—and cela pourrait progresser davantage, oui. Globalement, les sciences humaines restent extrêmement peu présentes dans les études médicales et paramédicales. Je suis sociologue ; je suis très rarement sollicitée par les facultés de médecine pour travailler sur ce sujet.

■ QUESTION

Présidente de Vivent les femmes, une association qui lutte depuis 1992 contre les violences faites aux femmes. Et également adhérente du CNFF depuis 1992, dont je suis membre du Bureau et du Comité Exécutif.

Ma question s'adresse à Anne-Sophie Vives. D'abord, la première question, est-ce que vous avez des résultats positifs en matière de burnout ? Et est-ce que vous avez conscience, peut-être ou peut-être pas, que le burnout peut également engendrer des formes de cancer.

■ RÉPONSE 1

Oui, sinon on n'arriverait pas à se lever le matin. C'est le but de nos accompagnements. C'est quelque chose qu'on étudie en permanence parce qu'on fait des recherches, des actions sur les programmes qu'on développe. C'est sûr qu'il y a un avant et un après-burnout. Ça va dépendre en fait de la gravité du burnout. L'objectif c'est qu'il y ait une rémission. Il y a différents stades de reconstruction qu'on a formalisés. Avec des grandes difficultés qu'il peut y avoir en termes de réinsertion professionnelle parce que si on est sur du burnout professionnel on va avoir des personnes traumatisées du travail qu'il va falloir réintégrer dans le travail donc ça peut être compliqué.

Ce qu'on voit sur le long terme en fait c'est une hyper fatigabilité avec des personnes qui ne savent pas si elles peuvent encore tenir un rythme, des troubles cognitifs, troubles de l'attention, troubles de la mémorisation, des troubles qui nécessitent parfois une RQTH (Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé), donc parfois des personnes pour qui ce sera à vie en fait. On voit du stress post-traumatique quand on leur fait passer la PCL 5, on a plus de la moitié qui ont un trauma, ce qui veut dire qu'il faut le traiter aussi sous cet angle-là pour la réinsertion professionnelle.

Et après, en effet, ce qu'on constate, et c'est assez documenté, ce sont des problématiques cardiovasculaires, des cancers aussi, on en a pas mal, des cancers, du diabète suite à un burn-out, donc tout ce qui va être lié à un état inflammatoire, à une baisse de l'immunité en fait.

■ RÉPONSE 2

C'est un complément pour vous répondre madame. On peut faire un burnout, on peut même en faire plusieurs au cours d'une vie professionnelle. Tout se joue pour moi dans la prise en charge et la qualité de la prise en charge. J'ai commencé à évoquer tout à l'heure l'importance et pour moi c'est une impérieuse nécessité d'une prise en charge pluridisciplinaire. Ça fait très longtemps que j'exerce mon métier et les meilleurs résultats que j'ai pour mes patients résultent du fait que je travaille en collaboration avec d'autres professionnels. Je ne l'ai pas évoqué ce matin, mais je peux le préciser très rapidement : dans cette prise en charge, il faut également mettre en place tout un arsenal médico-administratif et juridique afin de permettre à la personne deux choses : une rémission symptomatologique sur les plans psychique et somatique. Ensuite, il est nécessaire que cette personne puisse quitter une situation de travail devenue pathogène pour elle. Elle bénéficiera donc d'un accompagnement sur la manière de quitter cet emploi en sécurité et de retourner vers l'emploi. Se pose également toute la question de la reconversion ou de la transition professionnelles, et Anne-Sophie a notamment évoqué un programme que nous avons au sein de l'association et qui y est dédié.

Mais cela se pratique aussi, évidemment, en cabinet, afin de permettre - c'est ainsi que je le présente à mes patients - un retour au travail, si possible sans rechute. Nous avons donc un important travail de fond à mener sur les indicateurs et facteurs de risque, de sorte que la personne puisse reprendre de manière sécurisée.

On essaye le plus possible d'éviter les rechutes parce qu'elles sont généralement plus sévères et la rémission est plus compliquée.

■ QUESTION

Je représente l'association Pluri'Elles qui est implantée dans les ministères sociaux, dont elle est le réseau féminin interne. Je souhaitais attirer votre attention sur plusieurs points. J'ai trouvé très intéressante l'articulation entre des problématiques de santé générale et celle de la santé au travail que vous venez d'illustrer à l'instant. Et justement je pense qu'il faudrait pousser la réflexion un peu plus loin. L'approche de la santé des femmes

reste trop cloisonnée. Tant du point de vue administratif où on est dans des directions qui, certes, échangent lors de colloques mais n'ont pas forcément une interaction permanente. Je pense à des directions comme la Direction Générale de la Santé avec la Direction Générale du Travail dont l'une a la charge de problématiques de santé des populations et l'autre regarde plus précisément les conditions de travail.

Or, s'agissant des femmes, l'interaction entre ces deux domaines est particulièrement forte. Il serait donc très fécond d'instaurer un dialogue beaucoup plus soutenu et permanent entre l'hôpital, la médecine libérale, sans doute la médecine du travail, ainsi que toutes les associations comme l'ANACT qui travaillent sur les conditions de travail. Or, les occasions de mettre en lumière la spécificité de l'approche concernant les femmes, tant pour leur santé que pour leurs conditions de travail, sont rares. Vous illustrez aujourd'hui l'une de ces occasions.

Ne faudrait-il pas - nous sommes au Sénat, après tout - institutionnaliser davantage le rapprochement de ces problématiques et de ces approches, avec des spécialistes qui, souvent, ne se parlent pas alors qu'ils auraient grand besoin de le faire, plutôt que de créer de nouveaux "comités Théodule" ? Voilà une question pour la tribune, mais peut-être aussi pour les associations présentes.

■ RÉPONSE 1

Si l'on veut institutionnaliser, il faut commencer par former. Il ne s'agit pas seulement de créer des passerelles avec l'existant : il faut mettre en place des formations et allouer des crédits à la recherche. C'est un ensemble cohérent. D'une manière générale, c'est ainsi que se sont constitués les grands secteurs que l'État a pris en main. Articuler le monde du travail et celui de la santé - que l'on parle d'hommes ou de femmes - est une entreprise éminemment complexe, qui le demeure.

■ RÉPONSE 2

C'est cela ! J'irais même plus loin que vos domaines. Si l'on aborde l'écologie, on ne peut pas non plus dissocier les politiques sociales qui l'accompagnent. En effet, dans ce que vous décrivez, il existe souvent une intrication entre la vie sociale et la vie professionnelle, avec une forte perméabilité, notamment pour les aidants et les aidantes. Je suis pour la transversalité. J'ai tendance à penser qu'elle fonctionne assez bien lorsqu'on lui laisse la place et le temps, à l'échelle d'un territoire. C'est ce que vous exprimez très bien, d'ailleurs, puisque vous y êtes déjà engagés.

Cependant, plus on monte d'un cran, plus on se heurte aux "tuyaux d'orgue", et au niveau national, c'est le paroxysme. Je n'y suis pas, mais je pense qu'il est toujours utile d'aller voir ce qui se passe à côté, car les problématiques sont souvent identiques. Et parfois, certains ont trouvé des solutions que l'on peut déployer. La santé des femmes, comme la santé des personnes en général, est pluridimensionnelle. L'angle sanitaire ne peut pas tout, l'angle du travail non plus. Je plaide donc pour une approche encore plus large que celle que vous proposez.

■ Intervention de la Dre Nathalie DELPHIN, modératrice

Oui, le travail en silos constitue un véritable risque pour la santé en général. C'est précisément pour éviter cette fragmentation que nous avons voulu bâtir des passerelles, afin que chacun comprenne les enjeux — les associations, bien sûr, mais aussi les responsables politiques. Vous évoquez le lien entre travail et santé : nous avons d'ailleurs une ministre en charge du Travail et de la Santé. Peut-être que, du côté de la DGOS, des évolutions sont à venir ; en tout cas, il nous revient à tous de pousser dans ce sens et de montrer — vous avez raison — que des solutions existent déjà et qu'elles peuvent être transposées... encore faut-il que chacun en prenne conscience pour agir.

■ QUESTION

Médecin, Association Avenir de Femmes.

Une petite remarque : nous n'avons pas parlé de prévention. Dans nos consultations, nous disons aux patients : faites attention, car l'un des premiers signes, ce sont les troubles du sommeil. Les femmes, nous avons cette caractéristique d'être empathiques - travailleurs humains, nous sommes empathiques - et nous ne savons pas dire non. Or, vous savez bien que, lorsqu'on prend en charge une personne en burn-out, on lui apprend justement à dire non. Ce que l'on observe, c'est que, face à la souffrance, elle se surinvestit et se culpabilise de ne pas y arriver, à la fois dans son travail et à la maison, parce qu'on lui a appris à "bien faire".

Le problème de nos sociétés actuelles, c'est que le monde du travail a changé. J'ai vu des personnes en grande souffrance au travail. Il existe toutefois des moyens d'y remédier, notamment certains coachings de prévention. En tant que médecin libéral, j'ai pu proposer trois séances de prévention et j'invite vraiment les personnes à les suivre, pour mieux se connaître et éviter de "descendre à la cave" dans nos métiers — afin de pouvoir répondre aux exigences du travail, quel qu'il soit, sans s'y surinvestir ni en souffrir.

Il faudrait donc mener de véritables actions de prévention, y compris dans les associations, afin d'identifier celles qui sont à risque. Et il y a aussi des hommes : ils ont honte d'être tabassés, honte d'être violés, honte de faire des burn-out. Nous les dépistons également et nous les aidons sur ces aspects.

■ RÉPONSE

Si je peux me permettre, puisque nous parlons de prévention : je suis d'accord, mais la prévention relève finalement de l'éducation. Or l'éducation se fait dès le plus jeune âge. Je prends souvent l'exemple des petites filles et des petits garçons lors d'une réunion de famille : on va féliciter la petite fille parce qu'elle a aidé à apporter les plats et à les distribuer, tandis que ses cousins ou ses frères jouent dans le jardin, à l'étage ou ailleurs. La situation en soi ne me pose pas problème, si ce n'est qu'elle s'accompagne d'une valorisation de la petite fille. Elle intègre alors la norme d'"aller aider". Ce n'est pas une mauvaise chose en soi ; mon objectif serait que le petit garçon, son frère, son cousin, le fassent aussi - et qu'ensuite, tous aillent jouer dehors.

Mon problème, c'est l'intériorisation d'une norme genrée liée à une activité particulière, qui fait qu'ensuite on se sent obligé d'être l'aidant ou l'aideante, avec un poids associé, au point de choisir sa trajectoire professionnelle en fonction de cela. C'est pourquoi je suis tout à fait d'accord sur la prévention, mais elle commence vraiment dès le début, dès le plus jeune âge, avec une éducation qui laisse le choix.

■ QUESTION

Présidente d'honneur du CNFF, mais également d'une fédération de la Confédération des cadres CFE-CGC.

Depuis des dizaines d'années, notre confédération se bat pour la reconnaissance du burn-out comme maladie professionnelle. Et je pense qu'au regard de ce que vous avez dit, il est d'autant plus pertinent d'aboutir à cette reconnaissance pour les femmes. Je voudrais donc souligner cet aspect.

Je participe également au groupe Équation au sein de la Confédération, qui s'occupe de l'égalité femmes-hommes. C'est l'un des points que je mettrai en avant pour affirmer que cette reconnaissance est non seulement essentielle pour l'ensemble des cadres, mais aussi déterminante dans le cadre de l'égalité entre les femmes et les hommes.

■ RÉPONSE 1

Nous vous rejoignons, Madame, sur la question de la reconnaissance en maladie professionnelle. D'abord, parce qu'elle a des implications directes très différentes. Aujourd'hui, lorsqu'on est en burn-out, le diagnostic n'est pas reconnu : les médecins ne vont pas inscrire "burn-out" directement sur l'arrêt de travail. Nous sommes donc contraintes de contourner cette difficulté en notant un autre diagnostic. Cela m'amène à faire de l'éducation auprès de mes patientes : leur expliquer que, si leur médecin a indiqué "trouble anxiodepressif", ce n'est pas de cela qu'elles souffrent, mais bien d'un burn-out. On voit bien que le problème se pose dès le départ. Ensuite, toute la durée de l'arrêt de travail pèse sur la branche générale de la Sécurité sociale, et non sur la branche "maladie professionnelle".

Résultat : en France, la branche "maladie professionnelle" est excédentaire, tandis que la branche "maladie" classique est déficitaire. S'ensuivent des jeux de régulation, dont les patientes, au final, ne bénéficient pas. Par ailleurs, la symptomatologie peut se montrer résistante ; chez certains patients, les troubles s'aggravent jusqu'à se caractériser en handicap. Il faut alors demander une reconnaissance de handicap. Or, en France, il faut aujourd'hui un taux d'IPP de 25 %. Autant dire qu'en burn-out, sur toute ma carrière, je n'ai dû l'obtenir qu'une fois : c'est dérisoire. Cela signifie qu'une réflexion d'ensemble doit être menée, cette fois du côté de la Sécurité sociale, sur la manière d'aborder spécifiquement la question du burn-out.

À ma connaissance, la souffrance psychique liée au travail concerne aujourd'hui 10 % de la population active française. Nous avons donc largement matière à agir.

■ RÉPONSE 2

Oui, c'est un véritable parcours du combattant. Je dirais que pour les avocats, souvent, ce qu'ils disent, c'est de passer par l'accident du travail parce que c'est plus simple que la maladie professionnelle. Mais on arrive dans des dérives où on demande : est-ce que vous êtes tombé devant vos collègues ? Est-ce quelqu'un peut le prouver ? Et donc, en fait, on ne prend pas en compte les troubles psychiques. La réalité physique de ce qui s'est passé et donc pour le burnout c'est comme ça, c'est qu'on est dans un millefeuille qui ne correspond pas et donc c'est un véritable parcours du combattant pour les personnes qui sont concernées et d'autant plus pour les femmes parce que le diagnostic va être souvent beaucoup plus compliqué.

■ QUESTION

Vice-Présidente du CNFF Présidente d'honneur de l'UEF section française

J'ai deux questions. La première concerne les étudiantes en médecine, qui s'engagent dans des études très longues, semées d'embûches et de parcours complexes. Elles doivent concilier une vie étudiante avec une vie personnelle, souvent déjà familiale. Comme ces études durent, elles doivent trouver des financements, souvent en recourant à plusieurs modes de garde. Cela n'a-t-il pas des répercussions, si elles souhaitent faire une carrière hospitalière, sur le déroulement de toute leur vie professionnelle ? Et peut-on envisager de leur offrir un soutien accru, y compris psychologique ?

Par ailleurs — vous le savez mieux que moi, c'est pourquoi je m'adresse à vous qui exercez de hautes responsabilités dans ce domaine — comment expliquer que les chefs de service des centres hospitaliers et universitaires soient à plus de 80 % des hommes, alors que, dans les promotions successives au fil des années d'études, les femmes sont souvent majoritaires ? Il s'agit donc du problème de la conciliation entre vie étudiante et vie personnelle.

J'ai également une question concernant le burn-out, qui touche votre association mais aussi les soignants. Vous savez qu'à Mayotte, comme en Nouvelle-Calédonie, il y a eu des catastrophes, climatiques ou politiques. Je suis en contact avec certaines personnes qui refusent actuellement de reconnaître qu'elles sont en voie de burn-out. Je pense à l'une d'elles : trois semaines seule dans une cave, toute sa famille en métropole, une maison risquant d'exploser à tout moment, plus aucune possibilité de s'alimenter, une solitude absolue. Dans ces territoires d'outre-mer, une prise en charge particulière est nécessaire. Elles ne veulent pas admettre qu'elles sont en train de basculer vers le burn-out pour l'instant. Mais je pense que les acteurs sur place peuvent agir : les Soroptimist sont bien implantées dans ces départements d'outre-mer. Et vous-mêmes, pourriez-vous étendre vos capacités d'analyse, remarquables, à ce type de situation qui, malheureusement, se développe ?

■ RÉPONSE

Ce que vous évoquez à juste titre sur la difficulté de concilier la vie étudiante avec une vie personnelle et avec la précarité économique qui touche une majorité d'étudiants et d'étudiantes, ce n'est pas propre aux études de médecine. C'est absolument dans grand nombre d'autres catégories d'études avec des perspectives professionnelles qui vont bien au-delà

de la médecine. Donc ça c'est un problème en soi de faire en sorte que les étudiants puissent étudier dans les meilleures conditions. On voit bien maintenant qu'il y a eu des efforts sur les repas à un euro. On commence à prendre un peu mieux en compte la difficulté de la vie des étudiants et des étudiantes, bien évidemment. C'est un problème global.

Et sur la partie étudiante en médecine, je ferai aussi un pas de côté. Non, c'est "étudiant" en médecine tout court. C'est-à-dire que ce qui est remonté sur les questionnaires de qualité de vie des étudiants en médecine ne sont pas bons quel que soit le genre. Que ce soit homme ou femme, on les retrouve de manière négative en sachant qu'il y a un terme qui m'agace toujours quand on parle de féminisation de la profession médicale. Parce que finalement, quand on regarde les études, c'est l'aspiration à avoir une vie privée et sociale en complément de sa vie professionnelle. Et finalement, c'est quelque chose qui est partagé par les hommes et les femmes qui font les études en médecine. C'est-à-dire que cette féminisation-là, ce n'est pas ça.

En fait, il faut réfléchir les organisations. C'est-à-dire qu'il n'y a aucune raison aujourd'hui, si on ne change pas le système par ailleurs, que les étudiant.e.s soient en meilleure santé psychique si on leur met les mêmes conditions de travail. C'est-à-dire que là, c'était justement ce matin, il y a eu une prise de parole d'une interne en médecine qui a dit, en moyenne, un interne, une ou un, fait 80 heures par semaine. On ne peut pas leur demander d'être en bonne disposition de santé mentale, qu'ils soient hommes ou femmes sur le sujet, ça ne passe pas. Donc il faut re-réfléchir les organisations, comment on peut les faire pour que tout ce système retrouve du bon sens. Vous le disiez aussi tout à l'heure sur les conditions de travail tout court, moi je milite toujours pour dire : arrêtez de faire des réunions de 18h à 20h.

Ce n'est pas possible, en réalité. Faites-les avant, faites-les après, faites-les en conciliant, mais de 18 h à 20 h, c'est la vie sociale par excellence. Cela opère une sélection de fait et crée des situations dysfonctionnelles. Il faut donc une réflexion collective. C'est pour cela que nous faisons un pas de côté, faute de quoi ce n'est pas satisfaisant. On retrouve ce problème dans les études longues et dans bien d'autres profils.

Par ailleurs, concernant le plafond de verre, il faut aussi redonner confiance aux jeunes femmes, y compris en médecine. Je suis souvent jurée de thèse et il m'arrive de dire à certaines - pas toutes - que je trouve remarquables : "Vous devriez continuer,

faire de la recherche ; vous en avez les compétences", car ce ne sont pas les mêmes qualités que celles d'être un bon clinicien. On m'oppose souvent : "Je ne sais pas", le fameux syndrome de l'imposteur... Mais bien sûr que si : elles en sont capables, y compris dans ces professions où l'on croit que cela va de soi. Il faut aussi leur dire qu'elles peuvent le faire. Se posent également les questions : candidatent-elles aux chefferies de service, et autres responsabilités ? Il y a un enjeu à ce qu'elles s'y autorisent — à condition que les modalités de travail soient compatibles avec la vie qu'elles souhaitent, notamment familiale. C'est là que la boucle se referme.

Si, à un moment, le système ne repense pas ses modalités de travail, nous conserverons un système marqué, en l'occurrence, par une discrimination systémique.

■ Intervention de la Dre Nathalie DELPHIN, modératrice

Avant de laisser la parole sur le burn-out, je voudrais simplement partager une petite anecdote concernant les femmes internes en médecine. Les UFR ont déclaré : "Il faut faire quelque chose pour toutes ces jeunes femmes qui tombent enceintes pendant leur internat". Elles ont donc obtenu un droit à du temps. Sauf que cela se télescope avec le cadre contraint des études, organisées en semestres. Ces jeunes femmes doivent donc accoucher soit en février, soit en septembre, faute de quoi elles perdent un semestre. Vous voyez : un pas a été franchi, mais il est extrêmement difficile, psychologiquement, d'entendre qu'on a le droit d'être une femme, de tomber enceinte et de poursuivre ses études, alors que la contrainte administrative reste peu favorable.

C'était ma petite anecdote sur la problématique des femmes internes en médecine. Je vous laisse maintenant répondre.

■ RÉPONSE (suite)

Pardon, vous vouliez sur la question de Mayotte ? Alors juste, sur la question des étudiants, c'est vrai qu'on a de plus en plus de jeunes, donc c'est quand même assez problématique. Sur la question de Mayotte, alors je n'ai pas bien compris exactement la question, mais la question du déni, ça fait partie intrinsèquement du burn-out.

Oui, alors ça serait un sujet passionnant. C'est vrai qu'on aimerait en tout cas pouvoir aller sur ces sujets-là. Après nos problématiques, ce sont nos moyens, des moyens d'association avec des financements publics parfois qui en ce moment peuvent être réduits. Donc c'est un peu une question de

moyens, mais en effet c'est un sujet extrêmement intéressant. Il y a une autre association qui travaille sur les thématiques aussi des problématiques de santé mentale pour les humanitaires. Co-create humanity, qui fait aussi de la recherche sur ces sujets-là. Mais si on en a les moyens, oui, c'est un sujet en tout cas qui serait très intéressant.

■ QUESTION

Je suis membre de la commission Femmes et Santé au Cercle InterL.

Je voulais vous interroger, Madame de Pauw en particulier, sur les tests des médicaments sur les femmes, sur cette dimension-là. J'ai le sentiment, en ayant lu il y a 2-3 ans, les règles éthiques de sélection des personnes pour être membre des cohortes pour les tests, que les femmes étaient vues principalement comme des organes reproducteurs sur pattes et qu'on s'occupait surtout de tester sur les hommes. Éventuellement, en phase 3 de test des médicaments, l'impression qu'on introduisait les femmes et on vérifiait que ce n'était pas nocif. Mais même les tests des molécules, ce que j'ai compris, c'est qu'à 80%, on le fait encore sur des cellules de souris mâles et pas sur des cellules de souris femelles, ce qui fait que les chances de trouver un médicament soignant les maladies pour les femmes est réduite semble-t-il. Mathématiquement ça paraît assez clair ; donc, voir si cette dimension d'égalité des femmes dans les tests est vraiment à tous les niveaux, à toutes les phases ou juste sur la dernière phase de tolérance.

Pour Madame Vidal, une toute petite question. Quand est-ce que sort votre rapport ?

■ RÉPONSE 1

Le rapport pour le Haut Conseil à l'égalité est sorti en décembre 2020. Vous le trouverez très facilement sur internet. Vous allez sur le site du Haut Conseil à l'égalité, santé, et vous l'aurez sans problème. Donc j'ai déjà répondu à la question des essais cliniques. En retracant l'historique, à savoir que, maintenant, depuis une quinzaine d'années, les essais cliniques incluent systématiquement les femmes et qu'il n'y a plus du tout de problème de sous-représentation des femmes dans les essais cliniques. Ça, c'est une chose. Donc c'est un progrès qui a été vraiment tangible.

Et la preuve de ça, c'est que, vous ne savez peut-être pas forcément, Tous les essais cliniques partout dans le monde doivent être obligatoirement déclarés à l'OMS, l'Organisation Mondiale de la Santé, qui avec le NIH, qui est l'Institut National

de la Santé aux Etats-Unis, qui gère une énorme base de données statistiques sur l'ensemble des essais cliniques, donc comme je le disais, partout dans le monde et ça concerne des milliers et des milliers d'essais cliniques et des milliers de patientes et de patients qui ont été enrôlés dans ces essais. Donc les statistiques sont extrêmement, vraiment parlantes pour illustrer le progrès qui a été fait dans la façon dont on mène les essais cliniques. Donc ça, c'est important.

S'agissant de ce que vous évoquez - la recherche préclinique, c'est-à-dire les études sur modèles animaux ou sur cellules en culture qui, à certaines phases du développement des médicaments, permettent de réaliser divers tests -, cela relève de la recherche fondamentale visant à mettre en évidence les mécanismes d'action de telle ou telle molécule sur tel ou tel système.

Concernant l'expérimentation animale, dans bien des cas, on réalise davantage d'essais sur des rats mâles ou des souris mâles, et moins sur des femelles. Mais cela dépend du type d'étude. Par exemple, lorsque je travaillais sur les maladies neurodégénératives - en particulier sur les prions -, il nous fallait garder des animaux plus de six mois en cage. Dans une cage, on met dix souris. Si vous mettez dix mâles, au bout de six mois, même en ne faisant que de "petites expériences", ils se seront tous entre-dévorés. Avec dix femelles, elles survivent et cohabitent correctement. C'est une explication peut-être anthropomorphique, je l'admet, mais il existe quantité de raisons pratiques qui conduisent à travailler davantage sur des souris mâles que femelles.

Ce n'est donc pas seulement parce que l'on aurait décidé d'écartier les femelles au prétexte de leurs cycles hormonaux, qui fausseraient les résultats. Cette idée est fausse, archi-fausse, et l'on a montré que la variabilité des résultats des études animales tient d'abord aux conditions d'animalerie : nombre d'animaux par cage, niveau sonore, etc. Une animalerie, c'est un enfer - bruit des laveuses de litières, stérilisation, contraintes diverses. C'est cette réalité physique qui stresse les animaux, bien plus que le fait d'être mâles ou femelles.

Et ça reboucle quand même avec les sujets de recherche. C'est-à-dire qu'on ne choisit pas un sujet de recherche de manière spontanée. On y va par affinité et par construction. Et c'est pour ça qu'on plaide pour la mixité de la recherche, mais pas que d'ailleurs en genre, mais en tout. Parce que ça permet de s'attaquer à différentes pathologies qui concernent certains types de publics. Et en ça, c'est important que dans les postes

à responsabilité, dans les choix des thèmes de recherche, on ait des équipes qui soient mixtes, et quand je dis mixtes, c'est vraiment au sens très large du terme.

■ RÉPONSE 2

Oui, et pour revenir, il n'y a jamais de transposition directe entre des études faites chez l'animal avec des essais qu'on va faire chez l'humain. En aucun cas. Tous les essais cliniques de la phase 1 à la phase 3 et après sont faits uniquement basés sur les données obtenues chez des personnes humaines et pas chez des rats et des souris.

■ QUESTION

Je représente l'Amicale du Nid.

Je voudrais remercier très chaleureusement toutes les intervenantes pour la qualité de leurs propos et, en particulier, l'insistance de Caroline de Pauw sur la prévention. Je suis médecin dans le secteur préventif, et je crois que la prévention est vraiment essentielle. À ce sujet, je vais évoquer quelque chose qui paraîtra peut-être un peu en marge de notre rencontre, mais qui relève tout de même, me semble-t-il, de la prévention : chacun veille beaucoup à la parole inclusive et à l'écriture inclusive. Je note que Nathalie Delphin est présidente du syndicat des femmes chirurgiens-dentistes ; peut-être cela présente-t-il un intérêt ?

■ Intervention de la Dre Nathalie DELPHIN, modératrice

Je me présente comme chirurgienne-dentiste, si c'est cela votre question, mais le nom de notre syndicat a près de 90 ans : on ne peut pas le changer comme ça. Je me présente donc en tant que chirurgienne-dentiste. Mais on ne change pas le nom d'une institution si facilement, vous savez : c'est difficile.

■ RÉPONSE

Oui, mais il est vrai que nous avons parlé ce matin des dénominations : ce qui ne se nomme pas n'existe pas. Il est donc important de pousser à la féminisation des termes. Pour ma part, je plaide uniquement pour cette identification, afin de rendre visible une réalité. En revanche, je revendique qu'un homme est un sage-femme. J'insiste, car il existe un mouvement où nombre de sages-femmes les qualifient de "maïeuticiens" au motif qu'ils ne seraient pas des sages-femmes. C'est mal connaître l'étymologie, puisqu'il s'agit de "celui qui connaît la femme". Ces sémantiques ne sont pas neutres dans l'usage. Je vous remercie de poser la question, car cela fait partie de mes petits combats - peut-être inutiles, mais auxquels je tiens.

■ QUESTION

Je suis déontologue au sein d'un grand groupe bancaire que je ne vais pas citer parce que je suis là à titre personnel.

J'aurais deux questions. Tout d'abord, je tiens à vous remercier pour la qualité des interactions et le contenu, la générosité en termes de partage.

La première, le lien entre la thyroïde et le burn-out. Ou comme précurseur de burn-out.

Et la deuxième, en rejoignant ce qui a été dit par rapport à l'importance de la prévention, et notamment entreprise, mais dans tous les domaines à mon sens, la prévention des risques psychosociaux. Quelles seraient, pour justement prévenir les maladies, parce qu'il y a un lien à mon sens qui est direct et manifeste.

■ RÉPONSE 1

Dans ma partie, je vais aborder la prévention des risques psychosociaux. En réalité, ce que nous faisons ce matin en est déjà un exemple : nous contribuons à diffuser des connaissances et à amener chacun à entrer dans un processus de compréhension qui lui permettra ensuite de se positionner, aussi bien sur le plan personnel que professionnel. Il y a donc un véritable enjeu de compréhension : comprendre la place du travail dans notre vie, mais aussi la manière dont nous nous y investissons. D'un point de vue individuel, bien sûr, mais sans jamais oublier la dimension collective.

Dans le milieu professionnel, la prévention en entreprise s'appuie toujours sur ces deux plans, en articulation avec les personnes en responsabilité de l'organisation du travail. On mobilise également différents acteurs pour aborder les sujets de façon pluridisciplinaire. Il s'agit de recréer des conditions de reconnaissance du travail, ce qui suppose de sortir de l'individualisation systématique qui efface les dynamiques collectives. Or, on s'épanouit au travail - et on travaille bien - parce qu'on travaille "avec" les autres : avec sa hiérarchie, ses collègues, ses bénéficiaires. Un être humain ne travaille pas seul, cela n'existe pas, quel que soit le métier exercé. Il faut donc repenser ces dynamiques collectives et les traduire concrètement dans les conditions de travail.

Travailler "ensemble", c'est la clé : qu'est-ce qu'un collectif de travail soudé ? Partage-t-on les mêmes valeurs dans l'exécution du travail ? Voilà le premier facteur de prévention en santé mentale. Si j'ai un collectif qui me soutient, avec lequel je peux partager mes interrogations, mes doutes, mes conflits éthiques, je suis déjà dans une démarche de prévention. Si je

suis isolée, si je subis de la discrimination ou du harcèlement - moral ou sexuel -, je perds mes ressources psychiques, je me replie sur moi-même, et je me mets en danger. C'est là que s'ouvre la porte aux décompensations. Le collectif de travail est donc le premier agent de prévention, celui sur lequel il faut agir en priorité.

La hiérarchie a également un rôle essentiel : elle doit pouvoir arbitrer de manière équitable et soutenir les salariés dans leurs difficultés. Cela suppose qu'elle s'intéresse au "travail réel", pas seulement aux objectifs de rentabilité.

Sur le plan de la santé, il faut être attentif aux signaux d'alerte. Madame évoquait tout à l'heure le sommeil : c'est effectivement un indicateur majeur. En consultation "souffrance et travail", nous faisons passer un questionnaire symptomatologique, et les personnes nous décrivent très précisément la qualité de leur sommeil. Cela permet de mesurer à quel point les symptômes sont enracinés et jusqu'où va la décompensation.

Il est aussi essentiel de connaître les acteurs de la prévention - pas seulement en matière de burn-out, mais plus largement de santé mentale et physique au travail - ainsi que les outils légaux permettant de se défendre. Un salarié doit connaître ses droits et pouvoir y recourir.

Il faut également être conscient que tout ne vient pas de soi. Nous avons parlé tout à l'heure de la culpabilité et de la honte : je peux en témoigner pour la plupart des femmes que j'accompagne. Elles ressentent une culpabilité profonde d'être dans la situation où elles se trouvent. Un travail important consiste donc à leur faire comprendre que cela ne vient pas d'elles, mais d'une interaction entre un environnement social et des caractéristiques organisationnelles qui conduisent à la décompensation. Il faut alors reprendre tout ce fil chronologique pour permettre la rémission et le retour à l'emploi.

Nous avons également évoqué la conciliation entre vie professionnelle et vie personnelle. Comme cela a été dit, il est nécessaire d'arrêter les réunions entre 18 h et 20 h - ce tunnel horaire bien connu, surtout des femmes -, d'autant que, d'un point de vue cognitif et productif, ces horaires ne sont bénéfiques à personne.

Enfin, il est important de connaître les différences dans les manières de travailler entre hommes et femmes, car mieux les comprendre permet d'adapter les modèles organisationnels.

Pour conclure, citons les principaux acteurs de la prévention :

- le salarié lui-même, premier acteur de sa santé ;
- le médecin traitant, les psychiatres, les paramédicaux ;
- l'employeur, tenu par le Code du travail à une obligation de sécurité et de prévention des atteintes à la santé physique et mentale ;
- le CSE (anciennement CHSCT) ;
- la médecine du travail ;
- l'inspection du travail ;
- le soutien social (famille, amis, collègues, associations) ;
- et enfin, le conseil juridique, notamment les avocats.

Voilà les éléments essentiels sur la partie prévention.

■ RÉPONSE 2

Et moi, si je peux compléter sur la dimension sociale - car je plaide sans relâche pour que cette approche soit intégrée dans les écoles de management -, il y a un véritable enjeu à revoir les modèles de formation. En effet, le management tel qu'il est souvent enseigné repose sur des savoirs et des représentations erronés.

Je donne notamment des cours sur les inégalités sociales de santé, et dès les années 1980, des chercheurs ont déjà mis en évidence des marqueurs et des critères qui placent certaines personnes en situation de vulnérabilité vis-à-vis de leur santé en raison de facteurs sociaux. Parmi ces critères, on retrouve la non-reconnaissance du travail accompli, le sentiment de ne pas utiliser pleinement ses compétences, la mobilité ou le déracinement professionnels, ainsi que le manque d'estime de soi. Ces éléments sont connus depuis des décennies, et pourtant, nous continuons à fonctionner sur des modèles qui valorisent la disponibilité permanente, le télétravail excessif, et une organisation du travail déshumanisée.

Je vous rejoins totalement : nous sommes des êtres sociaux. Nous avons besoin de liens sociaux, et il faut oser les revendiquer. Pour ma part, dans ma structure, j'ai limité le recours au télétravail - pour leur bien, en réalité, pour les protéger, parfois même "malgré eux". Et je peux vous assurer que c'est parfois une lutte, car certains en demandent toujours davantage. Mais je leur explique que c'est pour prendre soin d'eux.

Il y a une vraie réflexion à mener sur la stigmatisation systémique que nous perpétuons à travers la formation de nos cadres et les objectifs qu'on leur fixe. Lorsque, dans les politiques publiques, on exige des résultats en un an, on place

mécaniquement tout le monde sous pression. On ne peut pas prétendre garantir de bonnes conditions de travail si l'on attend des équipes qu'elles "révolutionnent la société" en six mois.

■ **Intervention de la Dre Nathalie DELPHIN, modératrice**

L'urgence est de faire reconnaître le burn-out comme une maladie professionnelle et d'intégrer une meilleure prise en compte des inégalités en santé dans les politiques publiques et les formations universitaires. Le travail en silo entre santé, travail et politiques sociales doit être déconstruit pour permettre une prise en charge globale des femmes.

Merci à toutes et à tous pour ces échanges très riches, mais, comme vous l'avez compris, nous arrivons au terme de cette séquence de questions-réponses. Je vais maintenant céder la parole à notre Présidente, Marie-Claude Bertrand. Je suis désolée d'abréger ces échanges passionnants, mais nous sommes prises par le temps. Sans plus tarder, Marie-Claude, la parole est à toi.

◀ Retour sommaire

Conclusion de la 1^{ère} table ronde

Remise officielle des Minutes du Colloque 2024 “Féminisme(s) : Définition. Avenir ?”



MARIE-CLAUDE
BERTRAND

Présidente du CNFF

Avant toute chose, je tiens à remercier du fond du cœur nos formidables intervenantes de la table ronde. Leurs échanges ont été à la fois passionnantes, sincères et inspirantes - et la session de questions-réponses qui a suivi a montré combien nos débats restent vivants et essentiels. Ces moments de dialogue vrai, où la réflexion se nourrit de l'expérience et de la conviction, sont au cœur de ce que nous voulons faire ensemble.

Ce matin, nos discussions autour du thème “**La Femme, un “patient” comme les autres ?**” ont déjà mis en lumière combien les enjeux restent immenses, qu'il s'agisse de santé physique, mentale ou reproductive, mais aussi d'accès, d'écoute et d'égalité dans les parcours de soin.

Et maintenant, j'ai le grand plaisir et l'honneur d'accueillir **Madame Aurore Bergé**, Ministre déléguée auprès du Premier ministre, chargée de l'Égalité entre les femmes et les hommes et de la lutte contre les Discriminations, que j'invite à me rejoindre. J'invite aussi **Madame Delphine O**, Ambassadrice, Secrétaire Générale du FGE qui nous fait l'honneur de sa présence et que je remercie vivement ainsi que **Madame Dominique Vérien**, Sénatrice de l'Yonne, Présidente de la Délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes. Toutes les trois, vous avez participé activement à notre colloque “**Féminisme(s) : définition - avenir ?**”, et nous avons aujourd'hui la joie de vous en remettre les actes.

Je rappelle qu'à l'époque de ce colloque, nous étions à trois semaines du vote historique inscrivant dans la Constitution le droit à l'interruption volontaire de grossesse. Quelles que soient nos sensibilités ou nos appartенноances, nous avions parlé d'une seule voix - celle des femmes unies, déterminées à défendre un droit fondamental : celui de disposer librement de notre corps et de notre avenir. Toutes, nous appelions unanimement au vote de la loi.

Merci beaucoup Madame la Ministre de nous faire l'honneur de clôturer les travaux de cette matinée.

[◀ Retour sommaire](#)

Clôture



AURORE BERGÉ

Ministre déléguée auprès du Premier ministre, chargée de l'Égalité entre les femmes et les hommes et de la lutte contre les Discriminations

Madame la présidente de la Délégation aux droits des femmes du Sénat, chère Dominique VERIEN,

Mesdames les Sénatrices, Messieurs les Sénateurs,

Madame la Présidente du Conseil national des femmes françaises, chère Marie-Claude BERTRAND,

Mesdames et Messieurs,

Avant toute chose, je tiens à remercier chaleureusement le Conseil national des femmes françaises pour son invitation et son engagement indéfectible - et centenaire ! - en faveur des droits des femmes.

Nous sommes réunis aujourd'hui parce que nous partageons une conviction : la santé des femmes n'est pas une question secondaire. Elle est un pilier de l'égalité réelle entre les femmes et les hommes, une condition de la justice sociale, de la dignité, et de la liberté.

C'est en partant de ce constat que, pour la première fois, nous avons fait un choix politique fort en inscrivant la santé des femmes comme un axe à part entière du plan interministériel pour l'égalité entre les femmes et les hommes. C'est une avancée majeure.

Dans le cadre de cette feuille de route 2023-2027 que nous portons, la santé des femmes a enfin été reconnue pour ce qu'elle était : un sujet central qui mérite une attention et des réponses spécifiques.

Cette reconnaissance s'inscrit dans l'histoire d'un long combat. Car l'histoire de la médecine et du soin s'est écrite sans les femmes, et même parfois contre elles.

Pendant des siècles, le corps féminin a été étudié, décrit et interprété par des hommes, au prisme de leurs propres représentations, avec des conséquences lourdes sur la prise en charge des femmes. L'adage d'Hippocrate, "ota mulier in utero" – "Toute la femme est dans son utérus" – a durablement façonné la perception du corps féminin, réduisant les femmes à leur fonction reproductive, les assignant à un ventre.

◀ Retour sommaire

Clôture - Madame Aurore Bergé

La médecine des hommes les a longtemps envisagées comme des êtres dominés par leurs affects, victimes d'une supposée hystérie, fragiles et instables par nature. Pendant trop longtemps, la douleur des femmes a été minimisée, banalisée, ignorée. Pendant trop longtemps, les pathologies qui les touchent spécifiquement ont été invisibilisées ou mal prises en charge.

Fort heureusement, cette histoire est en train de changer et la tenue de ce colloque en est la preuve.

Nous avançons, mais nous le savons, le chemin reste long. Il est d'autant plus long que nous savons que les droits des femmes sont fragiles.

Nous avons appris que l'Histoire ne progressait pas toujours en ligne droite ; que ce qui a été conquis hier, et qui semblait assuré, peut être remis en question aujourd'hui et détruit demain. Regardons autour de nous l'œuvre des forces réactionnaires qui cherchent à réaffirmer leur contrôle sur les corps et les esprits. Aux États-Unis, l'annulation de l'arrêt Roe v. Wade a eu l'effet d'un séisme. Du jour au lendemain, des millions de femmes ont été privées du droit de recourir à l'avortement dans des États entiers. En Europe, le droit à l'avortement recule aussi : certains pays durcissent leurs lois, criminalisent, culpabilisent.

L'année dernière, en inscrivant dans notre Constitution la liberté garantie des femmes de recourir à l'avortement, nous avons proclamé que la France est un pays où la dignité et la liberté des femmes sont des valeurs fondamentales qui ne seront jamais négociables.

Dans ce contexte, nous devons redoubler de vigilance, affirmer et garantir d'autant plus fort le droit absolu des femmes à la santé.

Aujourd'hui encore, des tabous persistants, des silences hérités de décennies d'ignorance et de négligence, continuent d'entraver l'accès à une véritable santé pour les femmes. Mais ces tabous doivent être brisés, non seulement pour répondre à des besoins urgents et légitimes, mais aussi pour construire une société qui respecte pleinement l'intégrité et les droits de toutes et tous.

Briser ces tabous, c'est ma responsabilité en tant que ministre et c'est une responsabilité qui nous incombe à toutes et à tous.

Le premier des tabous est sans doute celui du corps des femmes lui-même. Longtemps, la connaissance du corps féminin a été tronquée ou déformée. J'en veux pour preuve qu'il aura fallu attendre 2017 pour que la représentation complète et correcte du clitoris apparaisse pour la première fois dans un manuel scolaire de biologie. L'absence d'informations précises sur le corps des femmes peut avoir des conséquences directes sur leur santé, leur sexualité et leur rapport à elles-mêmes. Elle ouvre aussi la porte à des violences qui se perpétuent dans l'ombre, à l'étranger, comme les mutilations sexuelles féminines, encore trop souvent passées sous silence et contre lesquelles j'ai signé hier au nom de l'Etat le premier plan régional de lutte en Ile-de-France.

Cette méconnaissance nourrit à son tour des tabous persistants, notamment ceux des règles et de la contraception. Nous savons combien les menstruations restent entourées de honte et parfois même de désinformation, renforçant un sentiment d'incompréhension et d'isolement.

Ce silence a des conséquences bien réelles : de nombreuses femmes n'ont pas accès à des protections hygiéniques adaptées, compromettant leur éducation et leur vie professionnelle.

La contraception, elle aussi, reste un tabou. Trop souvent reléguée à la sphère privée, elle est encore entourée de silence, de stigmatisation et d'idées reçues, alors même qu'elle est essentielle pour l'autonomie des femmes et leur santé. Son recul massif, notamment parmi les jeunes générations et dans certains territoires, s'accompagne d'une baisse inquiétante de la prévention des infections sexuellement transmissibles.

L'un des leviers majeurs pour briser ces tabous et améliorer la santé des filles et des jeunes filles est l'éducation à la vie affective et à la sexualité. C'est une priorité de mon action en tant que ministre : informer, sensibiliser, permettre à chacune d'avoir les clés pour faire ses propres choix.

Et la ménopause reste encore un sujet largement ignoré, voire stigmatisé, dans les discussions médicales et parfois même moqué dans notre société. Pourtant, la ménopause concerne la moitié de la population mondiale. Elle marque une étape essentielle de notre vie, et il est grand temps que nous la sortions de l'ombre. Nous n'acceptons plus que des femmes traversent cette période sans être correctement informées, accompagnées, et sans avoir accès à des traitements adaptés à leurs besoins spécifiques. Nos politiques de santé commencent

Clôture - Madame Aurore Bergé

à se saisir de ce sujet et je serai attentive aux propositions que formulera la députée Stéphanie RIST à l'issue de la mission que lui a confié le Premier Ministre.

L'endométriose, quant à elle, est un autre exemple de tabou qui commence à tomber mais sur lequel nous devons encore intensifier nos efforts. Cette souffrance, souvent dévastatrice, a longtemps été minimisée et les femmes qui en souffraient se sont vues, trop souvent, ignorées ou réduites à des histoires de douleurs "normales" ou même exagérées. Sous l'impulsion du Président de la République, la recherche sur cette maladie est désormais une priorité, dans le prolongement de la première stratégie nationale de lutte contre l'endométriose que nous avons lancé en 2022. La mise en place de centres spécialisés et d'une meilleure formation des médecins, sont aussi en train de changer la donne.

Trop souvent, lorsqu'on parle de santé des femmes, la focale se fait sur la santé sexuelle et gynécologique, comme si leur corps ne pouvait être envisagé que sous cet unique prisme. Pourtant, les femmes sont tout autant concernées par des pathologies comme les maladies cardiovasculaires, qui restent sous-diagnostiquées et encore mal prises en charge, alors qu'elles constituent la première cause de mortalité féminine. Ce n'est pas tant un tabou qu'une indifférence historique, un manque d'attention qui a conduit à une médecine calibrée sur le corps masculin. Les symptômes féminins, souvent différents, sont méconnus, les traitements moins étudiés, et les risques sous-estimés.

Il est urgent de corriger ce biais de genre et d'intégrer pleinement la réalité des maladies chroniques féminines dans la recherche, le diagnostic et la prise en charge.

Par ailleurs, la santé mentale des femmes reste un tabou majeur, trop souvent relégué au second plan. Pourtant, les femmes subissent des pressions constantes : double journée de travail, injonctions sociales à la perfection, violences sexistes et sexuelles, charge mentale liée à la maternité et à l'éducation des enfants, aux rôles d'aide familiaux. Ces réalités ont un impact profond et durable sur leur bien-être psychologique, mais leurs souffrances sont encore minimisées, perçues comme une simple conséquence de leur rôle social.

Le stress, l'anxiété, la dépression post-partum, le burn-out ou encore les séquelles psychologiques des violences doivent être reconnus et traités avec sérieux.

Il est temps de briser le silence et d'adopter une approche spécifique, qui tienne compte des réalités vécues par les femmes et leur offre des solutions adaptées. Grande cause de cette année 2025, la santé mentale ne doit plus être un luxe ni un combat individuel, mais un enjeu de santé publique qui doit pouvoir concerner toutes les femmes, indépendamment de leur âge, de l'endroit où elles vivent ou de leurs moyens financiers.

Avant de conclure, je souhaiterais aborder un dernier aspect de la santé des femmes, un sujet qui trouvera un écho particulier dans ces murs : leur santé au travail. Je veux saluer les travaux novateurs de la délégation aux droits des femmes sur cette question, mettant en lumière cette réalité longtemps ignorée. Trop souvent, la santé des femmes dans le monde professionnel reste un impensé, reléguée derrière les exigences de productivité et les normes établies et pensées pour un corps masculin supposé neutre. Pourtant, elles ont des conséquences directes sur le bien-être des femmes, à la fois sur leur santé physique et mentale. Nous devons briser ce tabou. Une politique de santé ambitieuse et féministe ne peut faire l'impasse sur le monde du travail.

Mesdames et Messieurs, vous le voyez, nous poursuivons une politique publique forte qui dépasse la simple gestion de la santé des femmes. **Il s'agit de construire une véritable égalité des droits en matière de santé, une égalité qui s'inscrit dans un projet de société où la santé des femmes n'est plus un sujet tabou, mais un sujet pleinement intégré dans nos politiques publiques.** Notre responsabilité est grande : construire une République où toutes les femmes peuvent disposer pleinement et librement de leur corps, de leur santé et de leurs droits.

Dans ce combat, vous pouvez compter sur moi.

Je vous remercie.

◀ Retour sommaire

2^{ème} table ronde

Les femmes et leur santé, étude et ressenti

L'image de la femme malade et/ou handicapée

La santé des femmes, le nouveau marché ?

Questions / Réponses



NATHALIE
DELPHIN

*Présidente du Syndicat des Femmes
Chirurgiens-Dentistes (SFCD),
Secrétaire générale adjointe du
CNFF, modératrice du colloque*

Introduction

Merci à vous qui êtes revenues et à celles et ceux qui nous rejoignent cet après-midi. Les échanges de ce matin ont été très intéressants et nous allons maintenant aborder d'autres sujets.

Je vais laisser la parole à Catherine Azoulay. Catherine, nous nous connaissons bien. Tu es gynécologue de formation et représentes aujourd'hui le collectif Femmes de Santé, dont tu vas nous parler. Tu es également très impliquée dans la santé environnementale, qui fait partie intégrante de la santé globale.

Tu vas nous présenter le travail réalisé par le collectif sur la perception des femmes en matière de santé.

[◀ Retour sommaire](#)



CATHERINE
AZOULAY

*Gynécologue, membre du Comité Éthique et
Stratégique du Collectif Femmes de Santé*

Perception des Femmes sur leur santé : Baromètre Femmes de Santé 2024

Merci au comité d'organisation et en particulier à Nathalie de m'avoir donné la parole aujourd'hui.

Comme elle l'a mentionné, je représente le collectif Femmes de Santé et je vais vous présenter le baromètre réalisé en octobre 2024 sur la perception des femmes de leur propre santé. Les chiffres que je vais vous montrer concernent leur ressenti.

Quelques mots sur le collectif Femmes de Santé. C'est le premier collectif pluriprofessionnel dans le secteur de la santé. Nous sommes un peu plus de 2 700 femmes, avec une cinquantaine d'hommes. Nous venons de tous les horizons, pas uniquement des soignants. Nous avons des start-uppeuses, des personnes venant de l'hôpital, de l'industrie et des professionnelles impliquées dans des domaines liés à la santé. Cette diversité fait la richesse du collectif.

Nos principales missions sont de contribuer par l'intelligence collective, en organisant des groupes de travail et des réflexions communes, et de valoriser l'expertise et les initiatives de nos membres.

Nous avons de nombreuses activités, notamment un réseau d'entraide, une plateforme d'échange, des publications, des podcasts, des groupes de travail, des interventions et des formations. Nos États généraux, organisés chaque année en décembre, ont pour objectif de faire évoluer une grande thématique de santé en proposant aux décideurs des solutions concrètes, accessibles et applicables.

Nous fonctionnons par cycles de trois ans sur trois thématiques qui tournent : la place de la femme dans le secteur professionnel de la santé (2021 - 2024), la santé des femmes (2022 - 2025) et la santé environnementale (2023 - 2026).

Le baromètre que nous présentons aujourd'hui a été coconstruit avec l'Institut d'études CSA lors de différents groupes de travail du collectif. Nous avons voulu le réaliser car notre sujet phare concerne les maladies spécifiques féminines et leur impact sur la perception de la santé des femmes.

Les femmes ont de base une moins bonne santé que les hommes et présentent des vulnérabilités biologiques et sociales. De plus, il existe un manque de données genrées dans les statistiques de santé. Il nous a donc semblé essentiel d'avoir des données sur leur ressenti.

Ce baromètre analyse trois thématiques principales : l'état de santé perçu, la perception de la prise en charge médicale et les priorités de santé des femmes.

L'étude a été menée auprès d'un échantillon représentatif de 1 008 Françaises majeures, recrutées par CSA. Le questionnaire, coconstruit avec CSA, a été auto-administré en ligne et conçu pour être rapide, avec un temps de réponse d'environ 10 minutes.

Lorsqu'on leur demande spontanément d'évaluer leur état de santé, près de 9 femmes sur 10 se considèrent en très, bonne ou plutôt bonne santé. Toutefois, en introduisant la définition de la santé selon l'OMS, qui inclut le bien-être physique, mental et social, cette perception change légèrement, avec une baisse à 8 femmes sur 10. Celles qui changent de catégorie sont principalement des femmes âgées de 50 à 64 ans et celles souffrant de troubles de la santé mentale.

Quand on leur demande si elles ont un problème de santé, 6 femmes sur 10 répondent que oui. Ce chiffre est en augmentation par rapport à l'enquête de 2022. Cette hausse concerne principalement les problèmes de santé non graves, ce qui indique une dégradation de la santé perçue.

Par ailleurs, nous avons constaté une tendance à minimiser les problèmes de santé. Certaines femmes qui déclarent être en bonne santé indiquent ensuite avoir un problème médical, ce qui corrobore les analyses sur la sous-estimation des symptômes féminins.

Concernant la communication sur leur santé, près d'une femme sur deux déclare avoir du mal à en parler à ses proches. Une sur trois éprouve des difficultés à en parler à un professionnel de santé. Les principales raisons évoquées sont la honte, le sentiment de ne pas être écoutée et le fait que certains sujets restent tabous.

Les femmes interrogées qui souffrent de maladies chroniques ou de troubles de la santé mentale sont moins satisfaites de leur prise en charge. Environ la moitié d'entre elles jugent insuffisante la qualité des soins qu'elles reçoivent.

Parmi les raisons principales de cette insatisfaction, le manque de professionnels de santé est le facteur le plus cité. Une sur trois estime ne pas être assez écoutée et une sur cinq considère que les traitements ne sont pas suffisamment efficaces.

Pour améliorer leur prise en charge, les femmes placent en priorité l'accès à un médecin traitant, la confiance dans leur professionnel de santé et une meilleure écoute. Elles soulignent également la nécessité d'une meilleure disponibilité des soins et d'un accueil de qualité dans les établissements hospitaliers.

Concernant la santé au travail, 7 femmes sur 10 estiment qu'il est toujours difficile de concilier maternité et emploi. Plus de la moitié jugent que les entreprises ne prennent pas suffisamment en compte la prévention santé, et qu'en général, la société ne se préoccupe pas assez de la santé des femmes.

Lors des États généraux de 2022, nous avons appelé à la mise en place d'une Stratégie nationale santé des femmes. À l'époque, seule la stratégie nationale contre l'endométriose existait, mais nous avons estimé qu'une approche plus large était nécessaire pour traiter les inégalités de santé. Certaines de nos recommandations ont été intégrées au plan interministériel pour l'égalité entre les femmes et les hommes jusqu'en 2027.

Cette année, nous poursuivons nos travaux sur des thématiques majeures, notamment la santé mentale et la dépression post-partum. Le suicide est aujourd'hui la première cause de décès des femmes entre le 43^{ème} jour et la première année après l'accouchement, un sujet encore trop méconnu.

Nous avons également lancé un programme sur la formation en santé, face aux dérives des réseaux sociaux où des influenceuses donnent des avis non scientifiques, allant jusqu'à recommander des médicaments.

À l'occasion de la Journée des droits des femmes, nous organisons un événement le 6 mars consacré à la santé des femmes en entreprise. En décembre, nous tiendrons nos États généraux, où nous approfondirons nos recommandations en fonction des évolutions gouvernementales.

Notre objectif est de continuer à œuvrer pour une meilleure application de la stratégie nationale santé des femmes. Il est essentiel que nos travaux soient pris en compte par des décideurs capables d'apporter des changements concrets et durables.

Je vous remercie.

◀ Retour sommaire

Perception des Femmes sur leur Santé : Baromètre Femmes de Santé 2024

Le Collectif Femmes de Santé est le premier Collectif pluriprofessionnel dans le secteur de la santé. Il regroupe 2 700 Femmes (et hommes...) venant de tous les horizons et aux expertises diverses. Nos objectifs sont de :

- ▶ **Contribuer par l'intelligence collective, la pluridisciplinarité et par la sororité à la co-construction d'une santé durable, équitable et égalitaire,**
- ▶ **Mettre en lumière et valoriser l'expertise et les initiatives des femmes de santé.**

Les activités du Collectif sont multiples : plateforme privée d'échanges avec des services sur mesure, réseau d'entraide, publications, podcasts et groupes de travail, interventions de femmes inspirantes, événements de networking, formations et autres services. Les États Généraux annuels du Collectif sont un de nos événements récurrents majeurs, avec l'objectif de faire évoluer une grande thématique de santé, en proposant aux décideurs des solutions concrètes, simples, de moindres coûts et établies de manière collective et démocratique. Les sujets alternent selon un cycle de 3 ans : place de la femme dans le secteur professionnel de la santé (2021, 2024), santé des femmes (2022, 2025) et santé environnementale (2023, 2026).

Le Baromètre "Perception des femmes sur leur santé" est né en 2023 à partir de plusieurs constats :

- ▶ Les maladies spécifiquement féminines sont un des sujets phares du Collectif
- ▶ Les femmes sont en moins bonne santé que les hommes et présentent des vulnérabilités spécifiques
- ▶ Il y a un manque de données genrées sur le ressenti de l'état de santé des femmes.

Ce baromètre a été réalisé en partenariat avec l'Institut d'Etudes CSA, sous la supervision de la Directrice du département Santé, Anne-Marie Pernet. Il a abordé 3 thématiques :

- ▶ **Perception de notre état de santé,**
- ▶ **Perception de notre prise en charge,**
- ▶ **Priorités accordées à notre santé.**

1008 Françaises, âgées de plus de 18 ans et représentatives de la population ont répondu en ligne à un questionnaire auto-administré de 10 minutes, coconstruit par CSA et le collectif Femmes de Santé.

Lors des états généraux 2022 du Collectif sur la Santé des Femmes, une lettre ouverte a été remise à Agnès Firmin le Bodo, demandant au gouvernement une "Stratégie Nationale Santé Des Femmes" sur 10 axes :

1. Insérer la notion de singularité des femmes dans toute politique de santé,
2. Inclure tous les acteurs du système de santé dans conception/mise en œuvre de cette stratégie,
3. Lever les tabous chez les femmes et chez les professionnel.le.s de santé,
4. Former et éduquer à la singularité des femmes,
5. Adapter les prises en charge/accès aux soins à la femme et non l'inverse,
6. Tenir compte de la charge mentale dans les dispositifs de prévention,
7. Accélérer et développer une recherche coordonnée en santé de la femme,
8. Favoriser l'innovation en santé de la femme,
9. Favoriser un remboursement juste et égalitaire, des médicaments et des DM en santé de la femme,
10. Combattre les difficultés d'accès aux soins et à la prévention dans tous les territoires.

Et **30 recommandations** (à retrouver sur <https://www.femmesdesante.fr/sante-des-femmes>), dont certaines sont reprises dans le Plan Interministériel 2023-2027 Pour L'égalité Entre Les Femmes Et Les Hommes (campagne de communication gouvernementale, aider les femmes à se diriger vers le bon interlocuteur & se libérer de leurs engagements familiaux...).

En 2025, notre enjeu sera d'œuvrer en faveur de l'application de la Stratégie Nationale Santé Des Femmes. Nos travaux de l'année porteront sur la santé mentale (dépression post-partum), la mésinformation en santé des femmes (groupe de travail), la santé des femmes en entreprise (6 mars), la journée annuelle de formation santé des femmes. Les états généraux de décembre nous permettront de compléter nos propositions sur la Stratégie Nationale que nous appelons nos vœux.

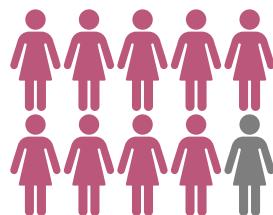
Rejoignez-nous sur : <https://collectif.femmesdesante.fr/candidature>

1 - ÉTAT DE SANTÉ PERÇU

QUESTIONNÉES

AVANT LA DÉFINITION DE L'OMS*

Près de 9 FEMMES SUR 10



se sont spontanément déclarées en
très ou plutôt bonne santé.

APRÈS LA DÉFINITION DE L'OMS*

1 FEMME SUR 15



*l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la santé comme "un état de complet bien-être physique, mental et social, pas seulement comme l'absence de maladie ou d'infirmité".

revient sur sa déclaration initiale et se déclare finalement
en mauvaise santé (en particulier les 50-64 ans et/ou
femmes présentant une altération de leur santé mentale).

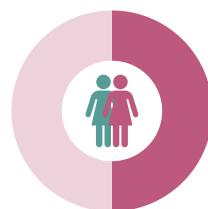
LES FRANÇAISES MINIMISENT CLAIREMENT LEUR ÉTAT DE SANTÉ.



1/3 DES FEMMES INTERROGÉES

ont rapporté présenter un **problème de santé grave ou moyennement grave** alors que 9 femmes sur 10 se déclaraient en bonne santé :

LE QUESTIONNAIRE CONFIRME QU'IL EST TOUJOURS PLUS DIFFICILE POUR ELLES DE PARLER DE LEUR SANTÉ



à un proche

1 FEMME SUR 2

Elles n'osent pas parler de leur santé à leurs proches,
tout d'abord par **peur de les inquiéter** mais
également à cause des **tabous** ou par **honte**.



plutôt qu'à un professionnel de santé

1/3 DES FEMMES

Elles n'osent pas parler de leur santé avec un
professionnel de santé avant tout par **honte** mais aussi
car elles estiment qu'il n'est **pas assez à l'écoute**.

◀ Retour sommaire

2 - PERCEPTION DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICALE



La moitié à 2/3 DES FEMMES INTERROGÉES

sont **satisfaites** de leur prise en charge en cas de maladie.

17%
Traitement pas assez efficace

20%
Absence de traitement

34%
Un professionnel de santé
pas assez à l'écoute

PARMI LES FEMMES INSATISFAITES (n=259),
LES CAUSES RAPPORTÉES SONT

64%
manque de professionnels de
santé en ville et à l'hôpital

LES PRINCIPAUX CRITÈRES D'UNE BONNE PRISE EN CHARGE CHEZ LES 1008 FEMMES DU PANEL SONT



64%
avoir un médecin traitant



62%
être suivie par un
professionnel de santé
en qui j'ai confiance



45%
avoir un professionnel
de santé à son écoute



44%
avoir un professionnel
de santé qui délivre les
bons traitements

3 - LES PRIORITÉ DE SANTÉ DES FEMMES



71%
des françaises trouvent qu'il est toujours
difficile de concilier maternité et travail



55%
que l'entreprise n'agit pas en matière
de prévention santé au travail



44%
d'entre elles estiment que la société ne se
préoccupe pas de la santé des femmes

[Retour sommaire](#)



CHANTAL
RIALIN

*Présidente de Femmes pour le
Dire, Femmes pour Agir, Membre
du Comité Exécutif du CNFF*

Femmes en situation de handicap : les oubliées du système de santé

Constat général

- Les femmes en situation de handicap sont les grandes oubliées du système de santé.
- Elles subissent une double vulnérabilité : invisibilisation, discriminations, précarité, et violences multiples.
- L'accès aux soins est entravé par des obstacles physiques, économiques et institutionnels.

Principaux freins à l'accès aux soins

1. Manque de formation des professionnels de santé : faiblesse de l'enseignement sur le handicap dans les études médicales.
2. Communication inadaptée : informations peu accessibles (pas de supports adaptés, langage complexe).
3. Consultations médicales non adaptées : temps médical insuffisant, équipements inadaptés, refus d'accompagnants.
4. Méconnaissance des droits et des dispositifs existants, conduisant au renoncement aux soins.

Besoins spécifiques en santé

- Gynécologie et santé sexuelle : faible accès aux dépistages et au suivi.
- Stéréotypes (asexualisation), entrave à l'accès à la contraception.
- Nécessité d'une approche globale intégrant la vie affective et intime.
- Santé mentale : isolement, violences, ruptures de suivi.
- Attente excessive pour un accompagnement en centres médico-psychologiques.
- Santé bucco-dentaire : accès difficile pour raisons économiques et logistiques.
- Manque de praticiens formés et d'équipements accessibles.
- Précarité et reste à charge.
- Surreprésentation des femmes en situation de handicap parmi les personnes précaires.
- Dépenses supplémentaires liées au handicap, faibles revenus.
- Difficultés de transport, en particulier en zones rurales.
- Complexité des démarches administratives, surtout en ligne.

◀ Retour sommaire

Violences et maltraitances

- Multiples formes de violences : médicales, institutionnelles, sexuelles, intrafamiliales.
- Exemples choquants : contraceptions forcées, stérilisations non consenties.
- Maltraitance dans les établissements médico-sociaux due au manque de moyens.
- Silence des victimes par peur ou honte.

Recommandations

1. Former les professionnels de santé aux besoins spécifiques des femmes en situation de handicap.
2. Améliorer l'accessibilité des lieux de soins et des supports d'information.
3. Mettre en place un reste à charge zéro pour garantir l'équité dans l'accès aux soins.
4. Renforcer les actions de prévention et de lutte contre les violences.
5. Articuler le travail médical et le travail social pour assurer un accompagnement global.

Conclusion

Il est urgent de reconnaître les femmes en situation de handicap comme citoyennes à part entière, de rendre le système de santé plus inclusif et respectueux de leur dignité.

La prise en charge médicale passe impérativement par un accompagnement global qui inclut une prise en charge sociale

“Les femmes en situation de handicap sont les grandes oubliées du système de santé.”

“Il est urgent de reconnaître les femmes en situation de handicap comme citoyennes à part entière, de rendre le système de santé plus inclusif et respectueux de leur dignité.”



VIRGINIE
VILLARD
*Présidente de l'association
Gefluc PARIS IDF*

Les cancers féminins et travail : une patiente comme une autre ? Discriminations, tabous et prise en charge au travail

Nous allons aborder un sujet crucial et souvent sous-estimé : le cancer féminin et sa prise en charge au travail.

Bien que les cancers affectent autant les hommes que les femmes, certains types comme ceux du sein, du col de l'utérus et des ovaires touchent uniquement ou principalement les femmes. Le cancer du sein concerne environ 5 % des hommes, mais il reste un enjeu majeur de santé publique. Au-delà de la prise en charge médicale, la gestion de la maladie au travail soulève des questions essentielles.

Les femmes touchées par ces cancers sont-elles traitées de manière égale aux autres patients ? Le monde du travail est-il préparé à offrir un soutien approprié ? Ces questions sont d'autant plus pertinentes en raison des tabous persistants et de la méconnaissance du corps féminin.

Les cancers féminins sont parmi les plus fréquents. Le cancer du sein est le plus répandu, représentant environ 25 % des cancers féminins. En France, 60 000 femmes sont diagnostiquées chaque année. Malgré les campagnes de sensibilisation, le taux de mortalité reste élevé.

Le cancer du col de l'utérus a diminué grâce aux campagnes de dépistage et à l'introduction du vaccin contre le papillomavirus, mais il reste une menace avec 600 000 nouveaux cas détectés dans le monde en 2024.

Le cancer de l'ovaire, bien que moins fréquent, est plus mortel. Il touche environ 300 000 femmes dans le monde. Ces chiffres montrent que les cancers féminins nécessitent des traitements complexes et une prise en charge professionnelle adaptée.

Les traitements incluent souvent la chirurgie, la chimiothérapie et la radiothérapie. Ces traitements entraînent des effets secondaires lourds qui affectent la santé et la capacité à travailler.

Parmi ces effets, on retrouve la fatigue extrême, les douleurs, les troubles hormonaux, la perte de cheveux et la ménopause prématuée pour les femmes traitées pour un cancer du sein. Ce sujet est rarement abordé par les médecins et encore moins en entreprise.

En comparaison, les hommes atteints d'un cancer de la prostate subissent également des effets secondaires comme la perte de libido et les troubles hormonaux, mais ils semblent plus enclins à en parler ouvertement. Cette différence d'attitude influence la perception et le soutien dont ils bénéficient au travail.

Reprendre une activité professionnelle après un cancer est un processus délicat. En 2024, 40 % des femmes survivantes d'un cancer du sein rapportent des difficultés à retrouver leur rythme professionnel.

Elles font face à plusieurs obstacles. La fatigue persistante peut évoluer en syndrome de fatigue chronique et affecter leur productivité. Les troubles cognitifs entraînent des difficultés de mémoire et de concentration. La peur et l'angoisse liées au risque de rechute compliquent également le retour au travail.

Les cancers masculins, comme celui de la prostate, sont souvent moins stigmatisés, facilitant en partie la réinsertion professionnelle des hommes.

Les femmes atteintes d'un cancer sont souvent confrontées à des discriminations spécifiques.

Sophie, 38 ans, diagnostiquée d'un cancer du sein, a vu sa charge de travail réduite sans explication à son retour, avec des tâches bien en dessous de son niveau de compétence.

Claire, 45 ans, cadre, a constaté que son employeur ne souhaitait plus la promouvoir après sa maladie, malgré d'excellents résultats.

Marie, 50 ans, atteinte d'un cancer de l'ovaire, a été licenciée pour restructuration alors que des collègues masculins dans la même situation ont été maintenus à leur poste.

Ces discriminations sont renforcées par les tabous sociaux et la méconnaissance du corps féminin. Une femme perdant ses cheveux à la suite d'une chimiothérapie est immédiatement identifiée comme malade, tandis qu'un homme chauve sera perçu comme ayant simplement changé de coupe.

Des solutions existent pour accompagner les femmes malades dans leur réinsertion professionnelle. Le temps partiel thérapeutique permet un retour progressif. Les aménagements de poste, tels que le télétravail ou les horaires flexibles, facilitent l'adaptation au travail. Le soutien psychologique, avec des groupes de parole et des programmes adaptés, joue également un rôle essentiel.

Cependant, les tabous persistent, notamment autour de la sexualité, de la fertilité et des effets physiques des traitements comme la mastectomie ou la stérilité. Ces sujets sont rarement abordés dans le milieu médical et encore moins en entreprise, alors que nous passons 80 % de notre temps au travail.

Les femmes issues de milieux socio-économiques modestes sont particulièrement vulnérables. Elles doivent souvent reprendre le travail trop tôt pour subvenir aux besoins de leur famille, mettant leur santé en danger.

Elles rencontrent également plus de difficultés pour accéder à des soins de qualité, ce qui accentue les disparités entre hommes et femmes face à la maladie.

Malgré les progrès réalisés dans la prise en charge des cancers féminins, les inégalités persistent, notamment sur le lieu de travail.

Les tabous et la méconnaissance du corps féminin entravent encore aujourd'hui une prise en charge équitable. Il est urgent de promouvoir une approche plus inclusive, adaptée aux spécificités des femmes et à leurs besoins après un cancer.

Cette évolution passe par une meilleure reconnaissance des cancers féminins et de leurs impacts. La réduction des discriminations au travail est également essentielle. Un soutien accru aux femmes dans leur réinsertion professionnelle doit être mis en place.

Les femmes ne doivent pas être accompagnées comme les hommes, car leurs effets secondaires et leurs séquelles sont différents. Il est temps d'agir pour garantir une véritable égalité dans la prise en charge des cancers et dans le monde du travail.



ANA-LUANA STOICEA DERAM

*Sociologue formatrice à l'IRFASE,
Institut de Recherche et de Formation
à l'Action Sociale de l'Essonne*

Gestation pour autrui et santé des femmes. Minimisation et contractualisation des risques

Bonjour à toutes et à tous et merci au Conseil National des Femmes Françaises pour cette invitation. Je suis très honorée d'être ici aujourd'hui.

Je vais intervenir à double titre. D'une part, je suis formatrice en politiques sociales et familiales dans un institut de formation à l'action sociale. D'autre part, je suis militante féministe, engagée au sein du collectif pour le respect de la personne et co-présidente de la coalition internationale pour l'abolition de la maternité de substitution (CIAMS), que nous avons cofondée en 2018. À l'origine, nous étions quatre associations françaises pour les droits des femmes. Aujourd'hui, nous rassemblons une cinquantaine d'associations de 17 pays.

Mon intervention porte sur la santé des femmes en lien avec la pratique de gestation pour autrui (GPA), sous l'angle de la contractualisation des risques.

Pour commencer, j'ai une bonne et une mauvaise nouvelle. La bonne nouvelle, c'est que je vais parler de femmes en bonne santé. La mauvaise, c'est qu'elles ne le restent pas toujours après une GPA.

Tout d'abord, il est important de définir la GPA ou la maternité de substitution. Il s'agit à la fois d'une pratique sociale et d'un marché mondialisé. Ce n'est pas une technique médicale, comme l'écrivit à tort l'Organisation mondiale de la santé, car elle ne traite aucun problème de santé. Si des techniques médicales sont utilisées (FIV, insémination artificielle), elles sont appliquées à des femmes en parfaite santé (condition pour qu'une femme puisse devenir mère "porteuse").

En tant que pratique sociale, la GPA consiste à recruter une femme, moyennant rémunération ou non, pour lui faire porter une grossesse, conçue avec ses propres ovules ou non, afin de remettre l'enfant à une ou plusieurs personnes souhaitant être désignées comme parents.

D'un point de vue économique, la GPA constitue un marché mondialisé en pleine croissance : les retombées de la pratique légale sont estimées à 22,4 milliards de dollars en 2024, et pourraient atteindre plus de 200 milliards en 2034 (GMI,

◀ Retour sommaire

2025). De surcroît, même dans les pays où la GPA est légale, un marché souterrain persiste, notamment par le biais de la traite des femmes à des fins reproductive. Par exemple, en Grèce où la GPA est légale, environ 200 cas de traite ont été identifiés en 2023, en lien avec l'activité d'une clinique crétoise.

L'impact de la GPA sur la santé des femmes est peu documenté, car le marché est conçu pour satisfaire les clients. Les États ne collectent pas de données sur l'état de santé des femmes concernées. La CIAMS a interpellé plusieurs pays où la GPA est légale, leur demandant comment ils surveillaient la santé des mères "porteuses" (quelles actions d'information, de prévention, de collecte de données etc.). La réponse a été qu'aucun suivi n'était réalisé, car pour ces Etats la santé des mères "porteuses" est un non-sujet.

Les femmes qui envisagent de porter des grossesses GPA n'ont pas accès à des informations claires et objectives sur les risques que cela comporte pour leur santé. Pourtant, dans les contrats qu'elles signent, elles affirment connaître et comprendre ces risques. Cette acceptabilité des dangers repose sur des stéréotypes sexistes, valorisant l'altruisme, la générosité et l'esprit de sacrifice des femmes.

Certaines études permettent toutefois d'avoir un aperçu des risques encourus. Une étude menée aux États-Unis entre 2008 et 2018 a montré que le taux de césariennes pour les grossesses GPA était de 38,2 %, bien au-dessus de la moyenne nationale déjà élevée de 32 %, alors que l'OMS recommande de ne pas dépasser 21 % (Smith & al., 2021).

D'autres études indiquent un taux accru de complications : hémorragies, diabète gestationnel, hypertension, hysterectomies. Ces recherches visent avant tout à mesurer l'efficacité du processus pour les clients, en mettant en avant le taux de naissances vivantes, plutôt que la santé des femmes concernées.

Une étude publiée en 2020 par un centre de fertilité de l'Illinois a révélé que les grossesses GPA présentaient un risque de complications périnatales 250% plus élevé que les grossesses naturelles. Mais l'étude ne s'adresse pas aux femmes susceptibles de porter des grossesses GPA. Elle vise le conseil aux clients masculins dans la sélection des mères porteuses. Pour les auteurs de cette étude, les "patients" sont les commanditaires, et non les femmes enceintes, désignées quant à elles, comme Gestational carrier "porteuses gestationnelles" (Pavlovic, 2020).

Une autre analyse, portant sur 500 grossesses, a montré que les grossesses par GPA entraînaient plus de naissances multiples, des durées de gestation plus courtes, un poids plus faible à la naissance et des complications obstétricales plus fréquentes (Woo & al., 2017).

Enfin, une étude qualitative menée auprès de 100 mères "porteuses" américaines et s'intéressant en particulier au lien entre les grossesses GPA et la santé mentale des mères, a révélé que ces grossesses présentaient trois fois plus de risques de césarienne et un taux de dépression postpartum plus élevé. De plus, les femmes non blanches étaient plus exposées aux maladies chroniques après une grossesse GPA (Lahl J. & al., 2022).

Les risques liés à la GPA sont systématiquement minimisés par plusieurs acteurs. Les agences qui recrutent les mères porteuses construisent des discours marketing infantilisants, présentant la GPA comme une expérience positive et joyeuse. Les médias participent également à cette désinformation en choisissant de cacher les problèmes de santé subis par les mères "porteuses".

Par exemple, dans GPA, Le Grand Bluff, la journaliste Céline Revel-Dumas montre que des journalistes français ignorent volontairement des informations sur les complications vécues par les mères. Ainsi, dans l'émission Envoyé spécial de janvier 2019, le journaliste affirme que "tout s'est bien passé", alors que le commanditaire dit que c'était une "grossesse très compliquée, anesthésie générale", que la mère "porteuse" a vécu les deux derniers mois alités et qu'elle a dû accoucher par césarienne. Lorsque Revel-Dumas interroge un journaliste sur le traitement de l'infirmité, celui-ci lui a répondu qu'ils préféraient éviter d'aborder ces aspects pour ne pas ternir l'image de la GPA.

Les agences de GPA continuent de promouvoir cette pratique, y compris en Ukraine, malgré la guerre en cours. Elles mettent en avant des garanties et un accès à des soins prétendument de qualité, sans jamais mentionner les risques encourus par les femmes.

Les contrats de GPA prévoient pourtant une indemnisation spécifique en fonction des complications. Une mère porteuse peut ainsi recevoir 2 500 dollars en cas de perte d'un ovaire et environ 10 000 dollars pour une hysterectomy complète. Certaines agences tentent même de négocier ces indemnisations à la baisse. Dans un contrat, il est stipulé que si la mère décède

mais que l'enfant survit, la rémunération sera versée jusqu'au bout. Mais la santé de la mère est totalement laissée de côté, par contrat, y compris en cas de violation de l'accord, car le contrat l'oblige à poursuivre la médication – ce qui s'apparente à des soins forcés, comme le précise cet extrait : “[...] in the event of a material breach of this Agreement by any Party during the pregnancy, the Surrogate shall still be obligated to continue her medical treatment and abide by all terms of this Agreement”.

Le marché de la GPA est structuré de manière à minimiser les préoccupations liées à la santé des femmes. À titre d'exemple, le Lupron, un médicament utilisé dans les traitements de fertilité, n'a jamais été conçu pour cet usage et présente des effets secondaires et risques mal documentés. Pourtant, les mères "porteuses" signent des contrats par lesquels elles acceptent

ces risques, alors que personne ne leur explique que dans ce contexte le Lupron est utilisé off-label, hors indication.

Les femmes sont souvent incitées à minimiser leurs propres souffrances. Sur des groupes de discussion, elles partagent entre elles leurs expériences en cherchant à rassurer celles qui débutent, acceptant parfois des douleurs et des complications majeures comme une conséquence "normale" du processus.

La contractualisation des risques ne vise pas à protéger les femmes, mais à garantir que les commanditaires obtiennent l'enfant pour lequel ils ont payé.

Il est urgent de replacer la santé des femmes au centre des préoccupations et d'exiger une véritable transparence sur les risques liés à la GPA.

RÉFÉRENCES

GMI Glogal Market Insights, Surrogacy Market – Global Forecast 2025-2034, avril 2025 <https://www.gminsights.com/industry-analysis/surrogacy-market>

Athens News, "Greece : How the Child Trafficking Network Worked", 09/08/2023 <https://en.rua.gr/2023/08/09/greece-how-the-child-trafficking-network-worked/>

Lahl J. & al., 2022, "A Comparison of American Women's Experiences with Both Gestational Surrogate Pregnancies and Spontaneous Pregnancies", *Dignity*, vol. 7, issue 3/2022
"A Comparison of Surrogate Pregnancies and Spontaneous Pregnancies" by Jennifer Lahl, Kallie Fell et al.

Pavlovic Z. & al., 2020, "Comparison of perinatal outcomes between spontaneous vs. commissioned cycles in gestational carriers for single and same sex male intended parents", *Journal of Assisted Reproductive*

Genetics, mars 2020 Comparison of perinatal outcomes between spontaneous vs. commissioned cycles in gestational carriers for single and same-sex male intended parents - PMC

Smith Meghan B. & al., 2021, "Examining pre-term birth and cesarean section rates in gestational carrier pregnancies", *Journal of Assisted Reproductive Genetics*, oct. 2021 Examining pre-term birth and cesarean section rates in gestational carrier pregnancies - PubMed

Woo I. & al., 2017, "Perinatal outcomes after natural conception vs in vitro fertilization (IVF) gestational surrogates : a model to evaluate IVF treatment vs maternal effects", *Fertility and Sterility*, dec. 2017



MICHÈLE GOUSSOT- SOUCHE

*Sage-Femme, Vice-présidente du Conseil
Inter Régional des Sage-Femmes
(CIROSF1), Docteure en éthique médicale*

Les sage-femmes alliées des Femmes pour leur Santé

Mesdames, je vous remercie au nom du Conseil de l'Ordre des sage-femmes pour cette invitation à ce colloque particulièrement intéressant. Par définition, j'ai consacré ma vie professionnelle à m'occuper des femmes.

L'avantage d'intervenir en fin de journée est que de nombreux sujets ont déjà été abordés et même approfondis. Si nous avons beaucoup parlé de pathologies aujourd'hui, ma profession repose avant tout sur la physiologie. Je vais vous donner un scoop ! Depuis toujours il est "normal" d'être enceinte, et il est "normal" d'accoucher. Cela a toujours été ainsi. Pourtant, au fil du temps, nous avons diagnostiqué et parfois traité de nombreuses pathologies. Avec l'exercice clinique et les progrès technologiques, notamment en médecine fœtale – domaine dans lequel je suis spécialisée en tant qu'échographiste –, nous savons bien que tout n'est pas toujours physiologique.

Cependant, je vais vous parler du point de vue des sage-femmes. Nous avons cinq interrégions, et je suis ravie de voir la sénatrice de l'Yonne ici, car je m'occupe de Bourgogne Franche-Comté Ile de France et Centre Val de Loire; la Nièvre et l'Yonne, deux zones où le tissu médical est particulièrement fragile.

Deux sage-femmes ont donné naissance à deux philosophes célèbres. La mère de Socrate s'appelait Phénarète, et celle d'Aristote, Phaestis. Ce matin, j'ai entendu parler de maïeutique. Ce terme vient de Maïa, la mère d'Hermès. Socrate disait que, tout comme sa mère aidait les femmes à accoucher, lui accouchait les esprits. C'est ainsi que le terme de maïeutique est apparu.

Les étudiantes en maïeutique suivent désormais un cursus de six ans, à l'issue duquel elles obtiennent un doctorat en maïeutique, tout comme les chirurgiens-dentistes obtiennent un doctorat en odontologie. Il est peu probable que nous parlions de "maïeuticiens" à l'avenir, bien que certains hommes, qui représentent aujourd'hui 2,8 % de la profession, apprécient ce terme.

Quels sont les besoins des femmes en 2025 ? Elles ont avant tout besoin de la continuité des soins, de la proximité et du service public. Tout au long de cette journée, nous avons entendu parler des difficultés sociales et économiques des femmes isolées. Le service public est essentiel. Les sage-femmes sont un pilier de ce service, exerçant majoritairement dans des structures hospitalières, en PMI ou en libéral, avec des tarifs conventionnés. Une consultation de sage-femme coûte 26,50 euros.

L'exercice de la sage-femme ne concerne pas uniquement des femmes malgré l'étymologie. À la naissance, les bébés garçons sont nos patients aussi ! Nous intervenons également dans les écoles pour l'éducation à la sexualité, notamment au collège. Les consultations pour la contraception font partie de notre pratique, et nous sommes aussi habilitées à vacciner, quel que soit l'âge et le sexe du patient.

Nous luttons contre les inégalités sociales et territoriales grâce à un zonage de notre profession. Certaines zones sont exceptionnellement bien dotées en sage-femmes, tandis que d'autres souffrent d'un manque criant de professionnels.

Notre métier a évolué avec les progrès technologiques et les mutations sociétales, bien que nous soyons l'une des professions les plus anciennes du monde. Aujourd'hui, nos compétences nous permettent un rôle central dans la prévention et le dépistage et pas uniquement en gynécologie obstétrique, le relais est pris par les médecins pour le traitement des pathologies.

En 2023, la profession comptait 24 354 sage-femmes, dont 2,8 % d'hommes. 57 % sont salariées à l'hôpital, et 25 % exercent en libéral, un chiffre en forte augmentation.

Lorsqu'on pense aux sage-femmes, l'image qui vient immédiatement à l'esprit est celle d'une femme qui accompagne une autre femme enceinte, qui pratique les gestes lors de l'accouchement et annonce à la famille : "C'est une fille !" ou "C'est un garçon !" C'est une vision partielle de notre métier.

On me dit souvent que je fais le plus beau métier du monde. Pourtant, lorsqu'une journée d'échographie consiste à diagnostiquer des malformations fœtales et à organiser des interruptions médicales de grossesse, cette affirmation prend un autre sens.

La sage-femme joue un rôle central dans le parcours de santé des patientes. Nous suivons les femmes avant, pendant et après leur grossesse. La disparition progressive des gynécologues médicaux a mis en lumière l'importance de notre rôle. Les gynécologues obstétriciens, spécialisés en chirurgie et en procréation médicalement assistée, ne prennent plus en charge les suivis gynécologiques de routine.

Il est essentiel d'assurer un suivi régulier pour la prévention et le dépistage. Heureusement, nous voyons réapparaître des gynécologues médicaux. Notre rôle en tant que sage-femmes est de dépister, de traiter certaines pathologies et d'orienter nos patientes vers les spécialistes appropriés : endocrinologues, cardiologues, gynécologues.

En 2025, les sage-femmes assurent le suivi gynécologique de prévention, prescrivent la contraception, réalisent des IVG médicamenteuses et chirurgicales, participent à la prévention des addictions et réalisent des échographies en gynécologie et en obstétrique. Nous préparons également les femmes à l'accouchement et à la parentalité.

La surveillance médicale de la grossesse et l'accouchement font bien entendu partie de notre mission. La consultation post-natale est essentielle, notamment pour le suivi de la santé mentale des femmes. Aujourd'hui, la première cause de mortalité maternelle en France est le suicide. Nous avons réduit les décès liés aux complications de l'accouchement et aux infections, mais nous devons maintenant nous concentrer sur cette problématique.

Les sage-femmes surveillent la santé des mères et des nouveau-nés, vaccinent contre la grippe, le Covid et la coqueluche, et assurent le suivi de l'allaitement à domicile. Nous pratiquons également la rééducation périnéosphinctérienne et participons à l'aide médicale à la procréation.

Notre profession est réglementée. L'Ordre des sage-femmes lutte contre l'exercice illégal de la profession, notamment contre le phénomène des "doulas", ces femmes qui proposent un accompagnement à l'accouchement sans formation médicale et souvent à des tarifs bien supérieurs à ceux des sage-femmes.

Nous devons aussi faire face aux dérives sectaires. Environ 25 % des dérives sectaires concernent le domaine de la santé, et ce chiffre est en augmentation. Nous sommes en collaboration avec la Miviludes pour identifier et contrer ces pratiques.

Le Conseil de l'Ordre veille également à lutter contre l'échographie "plaisir", qui constitue un exercice illégal de la médecine, ainsi que contre la désinformation véhiculée par certains influenceurs sur les réseaux sociaux, qui vendent des pratiques médicalement infondées.

Enfin, la loi récemment votée sur les ratios soignants-patients est un signal positif, mais il faudra voir comment elle sera appliquée, car nous manquons encore de professionnels pour accorder plus de temps aux patientes.



FRÉDÉRIC BIZARD

Économiste spécialiste des questions de protection sociale et de santé

Pourquoi et comment refondre notre système de santé, au bénéfice de la santé des femmes

Je vais vous parler d'une approche un peu différente, plus macroéconomique du système de santé, mais qui concerne évidemment tous les citoyens, hommes et femmes. Peut-être en priorité les femmes, car il ne vous a pas échappé qu'elles vivent en moyenne six ans de plus que les hommes. C'est une réalité dans tous les pays, et l'écart est plus important en France qu'ailleurs. Cela s'explique assez facilement : vous êtes généralement plus attentives aux questions de prévention et vous entretez un meilleur rapport avec votre santé que les hommes.

C'est une bonne nouvelle, surtout dans un pays comme la France où la prévention est peu développée. Ce rapport à la prévention vous a permis de moins pâtir de l'absence d'une politique préventive solide. Cependant, lorsqu'on observe le déclin de notre système de soins – car nous avons un système de soins, et non un véritable système de santé –, il apparaît que ce déclin vous impacte davantage. Votre besoin de soins est plus important tout au long de la vie, et la dégradation de l'accès aux soins touche plus fortement la santé des femmes que celle des hommes.

Les chiffres sont parlants. Quand on analyse l'espérance de vie en bonne santé, on constate que 100 % de l'augmentation de l'espérance de vie ces dix dernières années s'est faite en mauvaise santé chez les femmes. Aujourd'hui, votre espérance de vie en bonne santé est de 64 ans, exactement comme en 2010. Chez les hommes, 30 % de l'augmentation de l'espérance de vie s'est faite en bonne santé. Cela signifie que vous êtes les premières victimes de cette détérioration du système.

Pourquoi est-ce important ? Parce que je m'intéresse à la santé des modèles sociaux et à leur capacité à s'adapter à l'environnement. J'ai fondé l'Institut Santé pour réfléchir collectivement à la refonte de notre système de santé. Ce système, tel qu'il a été conçu en 1945 avec la Sécurité sociale et structuré en 1958 avec les ordonnances de Debré, a été pensé pour un monde qui a radicalement changé.

Trois grandes transformations – démographique, épidémiologique et technologique – imposent au modèle de s'adapter. Or, nous avons un système qui ne prend pas en compte la santé des bien-portants, qui n'a pas été conçu

pour gérer des pathologies chroniques (qui représentent aujourd’hui 80 % des décès dans les pays développés) et qui ne sait pas intégrer efficacement les innovations technologiques et thérapeutiques. Il n'est donc pas surprenant qu'il dysfonctionne.

Un système performant au XXI^e siècle doit répondre à ces trois enjeux. Contrairement à une idée reçue, notre problème n'est pas un manque de ressources. J'entends souvent dire que nous manquons de médecins ou d'hôpitaux, mais en réalité, nous faisons face à une mauvaise gestion des ressources existantes.

Nous n'avons jamais autant investi en santé qu'aujourd'hui. En 1970, nous dépensions 4 % du PIB pour la santé ; aujourd'hui, c'est 12 %, soit trois fois plus. Nous dépensons deux points de PIB de plus que la moyenne européenne. Pourtant, l'hôpital public va-t-il mieux ? Non.

Nous avons également plus de professionnels de santé qu'avant. Le niveau de compétence de nos soignants est excellent, et nous bénéficions d'une révolution technologique majeure avec l'intelligence artificielle, la génomique et les biotechnologies. Malgré tout, notre système de santé traverse une crise inédite.

Il ne s'agit pas d'un problème de ressources, mais d'un problème structurel. C'est pourquoi ajouter de l'argent sans repenser le modèle revient à poser un pansement sur une jambe de bois. Comment transformer notre système ? Il y a trois piliers essentiels.

Le premier est de passer d'un système de soins à un véritable système de santé globale. Aujourd'hui, nous gérons la maladie une fois qu'elle est là, alors que nous devrions nous concentrer sur la prévention et le maintien en bonne santé. Avec 300 000 nouveaux patients chroniques chaque année et un déficit annuel de 15 milliards d'euros pour l'Assurance maladie, nous faisons face à déficit structurel qui met en péril l'avenir de notre modèle.

Le deuxième pilier est de passer d'un système piloté par l'offre de soins à un système basé sur les besoins réels de santé. Actuellement, nous finançons des hôpitaux, des cabinets médicaux et des structures de soins sans réellement analyser les besoins spécifiques des populations. Pourtant, 80 % des déterminants de la santé sont non médicaux : conditions de vie, éducation, environnement. L'écart d'espérance de vie entre les 10 % les plus riches et les 10 % les plus pauvres est de 13 ans en France. Une politique de santé publique doit s'attaquer à ces inégalités.

Le troisième pilier est la démocratisation de la santé, en développant une démocratie sociale et sanitaire solide. Il ne s'agit pas seulement de garantir l'accès aux soins, mais aussi de permettre à chacun d'être acteur de sa santé. Cela passe par l'éducation, la responsabilisation et une gouvernance qui redonne du pouvoir aux professionnels de santé et aux citoyens.

Pour cela, nous devons territorialiser la santé avec la création d'un service public territorial de santé. Chaque territoire de 200 000 habitants devrait garantir un accès à tous les services essentiels. Cela permettrait aussi de décloisonner hôpital, médecine de ville et soins à domicile pour une meilleure coordination.

Ensuite, il faut revoir la gouvernance. L'État doit jouer un rôle stratégique, mais sans centralisation excessive. Aujourd'hui, nous avons un millefeuille administratif inefficace. Il faut une grande agence nationale de santé publique, et au niveau local, des directions de santé publique sous l'autorité des préfets, qui ont prouvé leur efficacité pendant la crise du Covid.

Enfin, nous devons revoir le financement. Aujourd'hui, 37 % des médicaments mis sur le marché en Europe depuis 2019 ne sont pas accessibles en France, contre 12 % en Allemagne. Nous devons différencier le rôle de la Sécurité sociale, qui doit financer le socle solidaire, et celui des assureurs privés, qui peuvent jouer un rôle complémentaire en matière de prévention et d'innovation, mais dans un cadre régulé.

En conclusion, nous avons un programme de transformation du système de santé prêt à l'emploi, qui est sur la table des décideurs. Il ne tient qu'à nous de créer l'élan nécessaire pour le mettre en œuvre. Si nous ne le faisons pas, notre système continuera à se dégrader, avec un secteur public paupérisé pour les classes populaires, un secteur privé low-cost pour la classe moyenne, et un système premium pour les plus aisés.

Notre Sécurité sociale est en péril à court terme si nous ne la réformons pas en profondeur. Je suis optimiste car nous avons toutes les ressources pour réussir cette transformation. Mais si nous ne changeons pas, notre système universel et solidaire périclitera.

<https://www.institut-sante.org/>

<https://www.institut-sante.org/wp-content/uploads/2025/02/Script-Refondation-InstitutSante-2025.pdf>

◀ Retour sommaire

Questions/Réponses



Dre Nathalie DELPHIN, modératrice

Merci beaucoup. Heureusement que vous demeurez optimistes.

Le temps est venu de passer aux questions. Je vous laisse à présent la parole pour interroger l'ensemble de nos intervenants. N'hésitez pas à poser vos questions sur tout ce qui a été dit cet après-midi, ou à établir des liens avec les échanges de ce matin.

■ QUESTION

Je suis pédiatre, adhérente du Zonta et j'étais médecin.

Votre modèle est très optimiste mais il oublie la volonté des politiques et aussi le corporatisme professionnel qui a toujours été un frein à beaucoup de réformes.

■ RÉPONSE

Vous avez raison. Il y a évidemment plein de freins qu'on n'oublie pas. Mais je pense que même si le système se délite, il y a toujours des résistances dues à des intérêts bien compris. Il y a des gens pour lesquels il ne se délite pas. Cependant, globalement, le système se délite. J'ai toujours pensé, d'ailleurs, qu'il fallait qu'on arrive à ce niveau de délitement pour les raisons que vous évoquez. C'était d'abord : on part de très haut et ensuite tant qu'il n'y aurait pas un ressenti suffisamment large au sein de la population, pour qu'il y ait une forme d'inacceptation sociale.

Si je vous avais dit il y a cinq ans que vous ne trouverez plus certains médicaments courants dans les pharmacies aujourd'hui, dont des médicaments les plus basiques mais importants, vous m'auriez dit non mais monsieur ce n'est pas sérieux, nous sommes en France. Bon voilà nous y sommes. Enfin on peut prendre comme ça tous les sujets pour la santé des femmes. Je pense que vous pouvez en prendre tous les jours. Vous vous dites non ce n'est pas en France, ce n'est pas possible ça. Donc je pense qu'on est arrivé à un niveau de maturité. Mais là, c'est une interprétation personnelle. Un niveau de maturité qui fait que les résistances au changement auraient du mal à véritablement s'exprimer de façon suffisamment forte pour empêcher ce changement.

C'est pour cela que j'ai créé ce collectif qui va de la CGT hôpital public, à des mouvements les plus libéraux. C'est de voir si on était capable de créer du consensus. Parce que pour réformer, je suis persuadé qu'on ne va pas aller un camp contre l'autre. Donc il faut essayer de trouver dans cet esprit français du modèle social. À nouveau, cela a toujours été très compliqué, les réformes du modèle social. On croit, quand on regarde les questions des retraites, que c'est compliqué. Mais enfin, si vous regardez dans les années 1920, comment sont nées les premières assurances sociales, ça a été 10 ans de luttes acharnées au Parlement. La Sécurité sociale s'est créée dans un temps très particulier de l'histoire de France, avec une alliance des communistes aux gaullistes.

Donc c'est toujours très compliqué, parce que nous avons des visions différentes de l'organisation de la société. Il faut du consensus. Il y a des poches de résistance. Mais d'abord, quel est le nombre de personnes qui s'intéressent à l'organisation systémique ? qui a une compétence à l'ordre ? Il y en a très peu. Par suite, je pense qu'il faut être très pédagogique. Je pense qu'il faut expliquer les bénéfices du nouveau modèle, parce qu'il y a toujours un biais cognitif très important, c'est que nous préférons l'existant, que nous connaissons, que nous survalorisons, et que même, excusez-moi l'expression, même les pieds dans la boue, nous disons : « non !, nous avons quand même un formidable système », parce qu'on a du mal à s'en déconnecter.

Or l'idée, ce n'est pas de faire la révolution, c'est d'écrire une nouvelle page, c'est la continuité historique.

■ QUESTION

J'interviens en ma qualité de professionnelle de santé, mais également membre du collectif Femmes de Santé et membre de Soroptimist international France.

J'ai une idée ressource pour le sujet qui a été abordé autour du handicap, si ça peut vous aider. C'est un site qui s'appelle Coactis Fiches de Santé, qui s'adresse aux professionnels de santé, mais pas seulement. Et qui s'adresse également aux différents handicaps. Vous cochez avant de recevoir un patient avec un profil est-ce une femme, un homme, un enfant, quel handicap a-t-il, etc. Et à la suite de cet interrogatoire, on vous tire une fiche de santé adaptée au profil du patient. Je trouve que c'est un très bon outil, c'est gratuit. Vous pouvez les charger sur le site Coactis Fiches Santé.

Sinon, j'ai une question à poser à M. Bizard concernant l'appréhension : vous parliez de réformes nécessaires dans l'organisation de la santé : quid de la prévention. J'ai déjà par ailleurs posé cette question à d'autres intervenants spécialisés sur la matière et ces personnes unanimement me répondent ok pour la santé mais il y a un espace-temps qui est beaucoup plus long et surtout c'est très coûteux. Quel est votre avis sur la question ?

■ RÉPONSE 1

Vous savez, quand j'entends ça, ça me fait penser à la phrase de Lincoln sur l'éducation. Il n'y a que dans les années 50 où on a démontré que ça avait un intérêt d'éduquer la population. Avant, on trouvait ça beaucoup trop coûteux d'éduquer très largement. Donc il répondait que si vous préférez l'ignorance à l'éducation, gardez l'ignorance. Mais c'est beaucoup plus coûteux, l'ignorance. Si vous préférez les maladies, gardez les maladies. On parle d'investissement dans la santé, c'est-à-dire que vous changez le paradigme économique.

C'est un nouveau modèle économique, la prévention, c'est-à-dire que vous investissez dans la bonne santé pour avoir le moins de dépenses possibles dans les soins. Si vous ne voyez pas ce cycle-là, évidemment, vous dites « Ben oui, c'est très coûteux ». Alors, ce qui peut être coûteux, c'est la prévention. Je parlais tout à l'heure de rendement marginal. C'est la prévention qui ne rapporte pas. Donc la prévention, ça ne veut pas dire que tout est bon à financer, que tout doit être financé par de l'argent public. Deuxième chose, c'est quand on pense que c'est coûteux, c'est qu'on pense que les maladies n'ont qu'un coût pour les soins.

Mais vous savez qu'en général, quand vous avez un coût de 10 pour soigner une maladie, c'est un coût de 50 sur la collectivité, sur le moindre développement économique, sur le coût en matière sociale, évidemment sur le décès quand il y a le décès. Mais le plus coûteux dans la pathologie, ce n'est pas le soin, c'est l'impact sur la chose. Je vous dis cela parce que lorsque vous rendez compte de cela, le rendement de la bonne santé est incroyablement plus élevé que le rendement du soin. Mais encore une fois, ce qui est important, c'est que vous pouvez vous dire, mais pourquoi est-ce qu'on ne fait pas de prévention ?

C'est que c'est une politique publique, la prévention, qui démarre évidemment par, en premier, une sortie de la croyance que finalement la santé est une fatalité et que quoi qu'on fasse, on sera tous malades et en effet, on mourra tous. Mais évidemment, c'est une politique publique qui est d'autant plus importante. Encore une fois, vous êtes plutôt dans le bas des classes sociales, mais c'est important pour tout le monde. Et les pays performants, par exemple en espérance de vie, en bonne santé, je rappelle que dans les pays nordiques, en effet, vous vivez en bonne santé 90% de votre existence. Là où nous, on est plutôt à 75%. Donc on le paye, en fait. On le paye avec des inégalités très fortes qu'il y a déjà, quand on a un petit peu de sensibilité sociale, qui est déjà quelque chose de scandaleux, si vous voulez, et d'inacceptable.

Mais cette transformation du système est en grande partie, si le changement de paradigme est de créer un axe, une politique de maintien en bonne santé. Je parle parce qu'il y a une question de prévention, entre la prévention primaire et secondaire. La prévention primaire n'est pas organisée en France. La prévention secondaire est organisée mais peu efficace parce qu'il n'y a pas de prévention primaire. Donc quand vous n'avez pas de culture de prévention, c'est en fait, on dit aux gens, une fois qu'ils arrivent près de la maladie, on leur dit mais prenez conscience de votre santé. Alors que c'est évidemment dès le début de la vie.

On aura une prévention, une politique de prévention quand on considérera que la médecine scolaire est quelque chose d'autant stratégique que la chirurgie, quand on considérera que la médecine au travail est quelque chose d'autant important que la médecine... Vous voyez qu'on en est à la fois très proche, mais très loin quand on écoute les discours des dirigeants. Mais on en est à la fois très proche si on arrive à convaincre et

◀ Retour sommaire

si on met en place... Encore une fois, ce n'est pas une question d'argent. Alors évidemment, après, quand je parlais de la réforme du financement, c'est qu'il ne faut pas dire en fait qu'on va s'assurer que nos deux financeurs puissants vont faire la même chose mais que du soin. Non, il faut quand même dévier des ressources nouvelles. Donc c'est pour ça que les mutuelles doivent être en partie sur ça.

Mais il y a les collectivités territoriales aussi qui ont un rôle à jouer. Les entreprises ont un rôle à jouer. Regardez la médecine du travail. Ça coûte très cher aux entreprises. C'est un prélèvement obligatoire pour un résultat qui n'est rien, puisqu'on considère que ça n'a pas d'importance, voire que ça ne sert à rien. Mais en fait, l'argent est là, ce que je veux dire. Donc vous voyez que c'est beaucoup une question de modèles qu'on décline de façon cohérente avec les objectifs du modèle.

■ RÉPONSE 2

J'aimerais un petit peu compléter ce qui vient d'être dit et rebondir sur le mot ressource. Il y a un moment où le système de santé, de toute façon comme il fonctionne aujourd'hui, ne sera pas soutenable. Une publication récente a montré que notre système de santé en France est dépendant à 100% des métaux, en particulier les métaux lourds, et des énergies fossiles. Or, nous sommes dans un monde où les ressources et en particulier les énergies fossiles ont déjà commencé à diminuer et on ne pourra pas continuer comme ça de toute façon. Donc effectivement, comme il a été dit également, on est aujourd'hui sur un système basé sur le soin et on sera obligé de toute façon, par la force des choses, de changer de modèle. Plus tôt on s'y mettra, mieux ça vaudra.

Parce que sinon le retour de bâton va être très compliqué à gérer. Les hôpitaux ont déjà démontré qu'ils avaient des limites. Donc ça c'est uniquement sur le plan des ressources. Et puis on est aussi sur un système de santé qui devra faire face dans les années qui viennent, c'est la journée des bonnes nouvelles, à des événements climatiques comme vous avez pu déjà commencer à le voir à Mayotte, qui est au passage la plus grosse maternité de France avec 10 000 accouchements par an alors que les maternités accueillent en moyenne 4-5 000 accouchements par an.

Donc effectivement il y a le côté économique puis il y a le côté qui, de toute façon sera obligatoire. Et le problème est que plus

on va tarder à prendre cela en compte, plus le bâton va tomber d'un coup, d'un seul, et on ne sera pas prêts.

■ QUESTION

Vice-présidente nationale de l'Union européenne des femmes

Je reviens donc sur la GPA. Que se passe-t-il quand la mère porteuse donne naissance à un enfant qui présente des anomalies ou maladies ou des risques graves ou des malformations. Est-ce que les mères porteuses sont assurées pour ce cas-là ? Est-ce que l'enfant est refusé ?

■ RÉPONSE

Qu'est-ce qui se passe ? Alors, ce que prévoit le contrat, c'est que les parents d'intention, c'est comme ça qu'ils sont dénommés dans le contrat, s'occupent de l'enfant. Donc c'est eux qui ont tous les droits, dès l'instant où la grossesse se met en place, c'est eux qui ont tous les droits sur l'embryon, le fœtus et l'enfant qui naît. Et ça veut dire qu'à chaque étape, il y a des contrats dans lesquels, pendant des pages et des pages, on vous dit si jusqu'à telle semaine, il y a ça qui se passe, on peut faire ci ou ça.

Il y a une situation que j'ai vue il y a quelques mois à l'automne 2024, qui m'a vraiment mise mal alors que j'en avais vu d'autres : une mère porteuse américaine qui venait s'épancher devant les autres sur un groupe de discussion, elle disait : "voilà j'ai su aujourd'hui, qu'en fait, hier ils ont demandé l'arrêt". Elle avait accouché de manière prématurée parce qu'on lui avait diagnostiqué un cancer qui avait été accéléré par le traitement hormonal qu'elle avait pris. Elle avait décidé de poursuivre la grossesse aussi longtemps que possible pour que l'enfant puisse naître et qu'elle-même puisse commencer son traitement contre le cancer. Mais c'était quand même une grossesse prématurée. L'enfant était né en bonne santé, mais il était en couveuse en bonne santé. Au début, les parents d'intention ont dit ok.

Et moins de 24 heures plus tard, ils ont téléphoné pour demander qu'il soit débranché. Ça leur appartenait. Je veux dire, quand c'est quelque chose qu'on obtient par contrat et contre quoi on verse de l'argent, on possède ce pour quoi on a payé. Donc ce sont les États-Unis d'aujourd'hui. C'est le modèle qui nous est donné, mais ce n'est pas ce qu'on entend en général à

la télévision. Mais voilà, ils ont tous les droits parce que c'est par contrat, et la loi s'assure que le contrat est respecté. À d'autres moments où des enfants sont nés parfois avec du handicap, la mère a voulu les adopter et les parents d'intention ont dit non, nous on veut et ils n'étaient pas en mesure de s'en occuper mais surtout pas, donc c'est eux qui ont tous les droits et qui décident jusqu'au bout.

Quand ça s'est produit par exemple en Ukraine, il y avait une petite fille qui est née il y a quelques années. Ce sont des parents américains qui sont allés la commander. Elle est née et ils ont su qu'elle allait être en situation de handicap. Ils ont demandé qu'on la laisse mourir pratiquement. Et la femme qui l'a mise au monde a dit moi je ne veux pas, donc je vais quand même m'en occuper. L'enfant a été placé, pris en charge par le système de protection de l'enfance en Ukraine. (Entre autres, près de 50% avant la guerre, près de 50% des enfants petits qui étaient orientés vers le système de protection de l'enfance en Ukraine étaient des enfants refusés par les parents d'intention occidentaux.)

On s'en occupe, bien, elle est en situation de handicap mais bon voilà, tout va bien et finalement il y a eu des reportages qui ont été faits sur elle, elle est adoptée. Le même couple qui n'a pas du tout répondu au moment où ils ont dit « mais c'est quand même votre enfant », au moins parce que la difficulté c'était qu'ils ne voulaient pas la reconnaître donc elle n'avait pas d'existence légale puisque ça leur appartenait. C'est la reconnaissance et l'identité juridique de l'enfant, l'acte de naissance et l'identité. Le même couple est revenu quelques années plus tard en Ukraine et il s'est fait faire des jumeaux et personne ne s'est opposé.

On savait que ce sont eux, l'ambassade américaine l'a su, nous on l'a su aussi par nos membres ukrainiens, nous je veux dire la CIAMS, on le sait parce qu'on a des Ukrainien.e.s qui sont nos membres. Donc voilà, c'est un marché, c'est pour ça que j'ai lourdement insisté sur ce fait, c'est une pratique sociale et un marché mondialisé et la santé des femmes n'y compte pour rien et la santé des enfants non plus. Il ne faut pas se leurrer. Donc les images et ce qu'on nous raconte à la télé, c'est fait pour servir le marché ultralibéral néo patriarcal. Désolée, mais c'est voilà.

Donc les enfants, non, s'ils naissent, on peut s'en occuper, c'est prévu dans le contrat, mais le contrat qui donne tout droit aux parents d'intention peut aussi le laisser mourir alors que l'enfant nait tout à fait viable et qu'il y a les conditions techniques du système de santé pour qu'il puisse continuer à se développer.

■ Intervention de la Dre Nathalie DELPHIN, modératrice

Merci. Je tiens à remercier l'ensemble des intervenantes et intervenants pour la richesse de leurs contributions. Merci beaucoup. Nous allons poursuivre le travail sur les différents thèmes abordés.

Je laisse à présent la parole à Marie-Claude Bertrand, présidente du CNFF, pour conclure ce colloque. Et, en tout cas, merci à toutes et à tous d'avoir été présents tout au long de cette journée.

Préconisations

Préconisations

- 1.** Instaurer un programme de formation des étudiant.e.s et soignant.e.s sur les différences en santé entre les hommes et les femmes et les symptômes liés à ces facteurs biologiques
- 2.** Instaurer un programme "Genre/Sexe et santé" comme l'ont institué le Canada et l'Europe du Nord
- 3.** Encourager la recherche sur la santé de la femme et ses spécificités
- 4.** Renforcer la recherche sur les médicaments adaptés à la physiologie féminine
- 5.** Augmenter les campagnes d'information et de prévention auprès du public sur les différences de symptômes entre les femmes et les hommes
- 6.** Renforcer et promouvoir la présence des femmes dans l'accès aux postes à responsabilité dans le secteur médical
- 7.** Former les soignant.e.s aux stéréotypes entre les sexes et à la prise de conscience de leurs propres biais et adapter leur approche en conséquence
- 8.** Reconnaître le burn-out comme maladie professionnelle
- 9.** Le burn-out en tant qu'enjeu de société est un des symptômes de nos sociétés modernes : mieux le prévenir, le diagnostiquer et mieux accompagner les situations.
- 10.** Renforcer la formation des professionnels de santé afin d'éviter la confusion avec la dépression – nécessité d'une prise en charge pluridisciplinaires (médecins généralistes, psychiatres et paramédicaux)
- 11.** Intégrer les différences hommes-femmes dans l'analyse des conditions de travail pour une réponse adaptée aux réalités vécues par les femmes.
- 12.** Décloisonner le secteur du travail et celui de la santé
- 13.** Sensibiliser les employeurs aux risques psychosociaux
- 14.** Former les manageurs aux différences entre homme et femme au travail
- 15.** Continuer à lutter contre les violences faites aux femmes
- 16.** Accroître la vigilance quant à la dépression post-partum (...Suicides 1^{ère} cause de mortalité)
- 17.** Attirer l'attention sur les dérives des réseaux sociaux d'influenceuses, dérives sectaires "les doulas", l'échographie "plaisir" ...

 [Retour sommaire](#)

Préconisations

- 18.** Être vigilant afin de ne pas faire de la santé des femmes un enjeu commercial
- 19.** Faire de la santé des femmes un enjeu de santé publique
- 20.** Santé des femmes en situation de handicap :
- ▶ Prendre en compte les besoins spécifiques en prise en charge et en temps des femmes en situation de handicap
- 21.** Améliorer la reconnaissance des cancers féminins et leurs impacts sur le travail : accroître leur soutien sur les lieux de travail dans les milieux professionnels et leur réinsertion professionnelle
- 22.** Accompagner et améliorer le retour à l'emploi suite aux maladies et cancers féminin (prévenir l'entrée dans la précarité)
- 23.** Transparence sur les risques liés à la GPA - GPA qui est interdite en France
- 24.** Développer la prévention à l'Ecole
- 25.** Rééquilibrer un système de santé trop orienté sur le soin au détriment de la prévention
- 26.** (Revoir notre système de santé - le baser sur la prévention ET NON SUR LE SOIN comme il fonctionne aujourd'hui.)

◀ Retour sommaire

Remerciements

Nous remercions chaleureusement les intervenantes et les intervenants

Mesdames

Aurore Bergé, Ministre déléguée auprès du Premier ministre, chargée de l'Égalité entre les femmes et les hommes et de la lutte contre les Discriminations,

Dominique Vérien, Sénatrice de l'Yonne, Présidente de la Délégation aux Droits des Femmes et à l'égalité des chances entre les femmes et les hommes,

Catherine Vidal, Neurobiologiste, directrice de recherche honoraire à l'Institut Pasteur de Paris, membre du Haut Conseil à l'Égalité et du Comité d'Ethique de l'Inserm,

Caroline de Pawn, Docteure en sociologie, chercheuse associée au CLERSE (Université de Lille), directrice de l'URPS Médecins Libéraux des Hauts-de-France,

Elisabeth Herraiz, Présidente de Soroptimist I/France, membre du CNFF,

Anne-Sophie Vivès, Directrice de l'Association BURN et fondatrice du collectif des BURN'ettes,

Jeanne Gauthier-Lenoir, Psychologue et psychothérapeute et directrice du comité scientifique de l'association Elburn,

Catherine Azoulay, Gynécologue, membre du Comité Éthique et Stratégique du Collectif Femmes de Santé,

Chantal Rialin, Présidente de Femmes pour le Dire, Femmes pour Agir, Membre du Comité Exécutif du CNFF,

Virginie Villard, Présidente de l'association Gefluc PARIS IDF,

Ana-Luana Stoicea Deram, Sociologue formatrice à l'IRFASE, Institut de Recherche et de Formation à l'Action Sociale de l'Essonne,

Michèle Goussot-Suchet, Sage-Femme, Vice-présidente du Conseil Inter Régional des Sage-Femmes (CIROSF1), Docteure en éthique médicale

et Monsieur **Frédéric Bizard**, Économiste spécialiste des questions de protection sociale et de santé,

ainsi que notre modératrice

Madame **Nathalie Delphin**, Présidente du Syndicat des Femmes Chirurgiens-Dentistes (SFCD), Secrétaire générale adjointe du CNFF, modératrice du colloque.

Marie-Claude Bertrand
Présidente du CNFF

◀ Retour sommaire

Le CNFF en bref

Le CNFF, point d'ancrage des réseaux féminins pour les Droits des femmes

Fondé le 18 avril 1901 et reconnu d'utilité publique, le CNFF est la première fédération Française d'associations féminines et féministes apolitique et non confessionnelle.

Le CNFF se mobilise pour que les femmes, 50 % de la population, obtiennent leur juste place et l'égalité dans le milieu familial, professionnel, politique et social. Il combat toutes les formes de violences dont elles sont victimes à travers le monde.

Il représente la France au Conseil International des Femmes (CIF) et au Centre Européen du Conseil International des Femmes (CECIF). Il a des membres représentant le CIF auprès des agences de l'ONU dont celle de l'UNESCO à PARIS, ainsi que le CECIF au Conseil de l'Europe.

La puissance de ce réseau repose sur les associations adhérentes dont les champs d'actions reflètent la réalité de terrain, ainsi que sur les membres adhérents à titre personnel choisis pour leur compétence et leur implication en matière de défense des droits des femmes.

Grâce à ce réseau, le CNFF est un interlocuteur reconnu par les pouvoirs publics au niveau national et local et plus généralement par tous les acteurs qui contribuent à l'égalité femme/homme.

Le CNFF, une force réelle de propositions.

Ses travaux visent à

- affirmer la place des femmes dans la société,
- veiller au respect des Droits Humains,
- contribuer au développement et à la formation des femmes et des filles,
- construire un monde solidaire et éthique dans le respect des droits des femmes.



[◀ Retour sommaire](#)



www.cnff.fr

31 avenue de Ségur - 75007 PARIS
Courriel : contact@cnff.fr - Compte Twitter : [@CnfFrance](https://twitter.com/CnfFrance)

Le CNFF est présent sur

