SANTÉ DES FEMMES

Regards croisés et pistes d'actions

FONDATION
DE L'ACADÉMIE
DE MÉDECINE

www.fam.fr

TABLE DES MATIÈRES

Avant-propos 3

Cycle des conférences sur la santé des femmes 4

Intervenants 6

1 **Santé des femmes en 2024 : où en est-on ?** 8

2 **Santé des femmes au fil des âges**
Adolescence 18

3 **Santé des femmes au fil des âges**
Adultes jusqu'à la ménopause 26

4 **Santé des femmes au fil des âges**
Le grand âge 36

5 **Travail et santé des femmes** 44

6 **Contextes de vie particuliers :**
incidences sur la santé des femmes 50

7 **Gestion du désir d'enfant, suivi de grossesse**
& post-partum 58

Conclusion 72

Bibliographie 73

Remerciements 75

AVANT-PROPOS

La Fondation de l'Académie de Médecine a organisé un cycle de débats visant à approfondir la compréhension et les connaissances sur la santé des femmes, dans une approche qui ne se limite pas aux seuls aspects biologiques ou reproductifs, mais qui prend en compte une vision globale, intégrant les dimensions physique, mentale et sociale telles que définies par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Cette initiative s'est nourrie non seulement des apports médicaux, mais également des sciences humaines et sociales, créant ainsi une approche complémentaire riche et approfondie des enjeux spécifiques liés à la santé féminine.

L'objectif de ces échanges n'a aucunement été de se positionner en opposition à la santé masculine, mais plutôt de reconnaître et comprendre les spécificités souvent méconnues ou mal prises en compte dans la prise en charge médicale et sociale des femmes, afin d'améliorer leur accompagnement tout au long de leur vie.

La recherche de l'égalité entre la femme et l'homme est un désir fort et logique pour le bonheur et l'harmonie de nos sociétés. Or, des stéréotypes de genre persistent et les deux sexes sont bien inégaux face à la santé. Cette différence intéresse tous les domaines de la médecine : sémiologique, épidémiologique, pronostique et même parfois thérapeutique.

Les femmes vivent plus longtemps que les hommes. En France en 2023, l'espérance de vie à la naissance est de 85,7 ans pour les femmes et de 80 ans pour les hommes, mais l'espérance de vie en bonne santé (sans incapacité) est sensiblement la même pour les deux sexes (respectivement 64,2 et 63,6). En effet, les femmes ont une morbidité plus importante et davantage recours aux services de soins de santé que les hommes, pas seulement pour leurs besoins en santé reproductive, mais pour leur santé en général.

Sept conférences initiées et coordonnées par le Dr Elisabeth ELEFANT et le Pr Richard VILLET, animées par 32 intervenants, ont été organisées par la Fondation de l'Académie de Médecine, entre le 4 avril 2024 et le 5 décembre 2024, à l'Académie nationale de médecine et en distanciel :

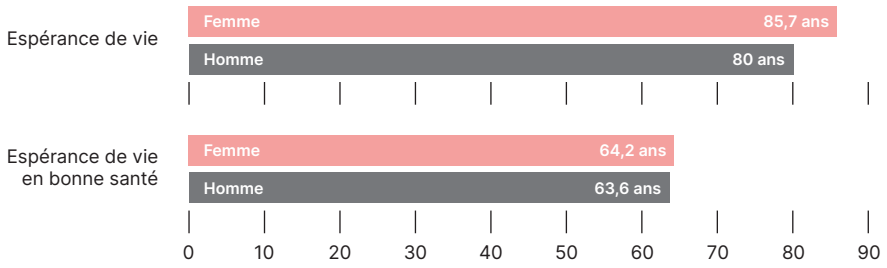
- **La santé des femmes en 2024 : où en est-on ?**
- **Les adolescentes : contraception, santé sexuelle, santé mentale et vaccinations**
- **Les femmes après l'adolescence et jusqu'à la ménopause incluse : douleur, endométriose et ménopause**
- **Les femmes âgées : rôles familiaux, adaptation à la retraite, vieillissement et précarité**
- **Les répercussions du travail sur la santé des femmes**
- **Effets des contextes particuliers de vie sur la santé des femmes : handicap, précarité et violences**
- **Le désir d'enfant, la grossesse et le postpartum**.

Le livre blanc **« Santé des femmes, regards croisés et pistes d'actions »** élaboré à partir des synthèses de ces conférences s'attache à :

Informer et sensibiliser en fournissant des informations précises et actualisées sur la santé des femmes et en sensibilisant le public, les professionnels de santé et les décideurs publics aux enjeux et défis actuels.

Encourager le débat, la réflexion à travers les regards croisés de spécialistes de disciplines médicales, de sciences humaines et sociales et de patientes, et l'échange d'idées et de bonnes pratiques pour réduire les inégalités d'accès aux soins et de prise en charge et prévenir certaines pathologies. **Des pistes d'actions sont proposées pour chacune des thématiques.**

Espérance de vie selon les sexes en France
Source INSEE 2023



CYCLE DES CONFÉRENCES SUR LA SANTÉ DES FEMMES

1 LA SANTÉ DES FEMMES EN 2024 : OÙ EN EST-ON ?

04/04/2024

Accueil

Catherine BARTHELEMY, Présidente honoraire de l'Académie nationale de médecine
Yves L'EPINE, Président de la Fondation de l'Académie de Médecine

Table ronde

Agnès FIRMIN LE BODO, Marina CARRERE D'ENCAUSSE, Docteure Elisabeth ELEFANT, Docteure Stéphane MANZO-SILBERMAN, Professeur Richard VILLET

Interventions

- **Le sexe et le genre influencent-ils notre santé ?** - Anne-Sophie GRENOUILLEAU
- **L'enchevêtrement du sexe et du genre en santé à l'ère de l'épigénétique**
  Professeure Claudine JUNIEN
- **Stéréotypes de genre en santé : une vision historique -** Muriel SALLE
- **Des hommes et des femmes en santé : aspects épidémiologiques**
  Professeur Laurent RIGAL

2 SANTÉ DES FEMMES AU FIL DES ÂGES : L'ADOLESCENCE

16/05/2024

Introduction

Professeur Richard VILLET, Docteure Elisabeth ELEFANT

Interventions

- **Santé sexuelle et reproductive chez les jeunes : informer, écouter, entendre**
  Docteure Danielle HASSOUN
- **Santé mentale des adolescentes -** Professeure Marie-Rose MORO
- **Disparités de la couverture vaccinale des adolescentes : exemple de la vaccination contre les HPV -** Docteur Daniel LEVY-BRUHL

3 SANTÉ DES FEMMES AU FIL DES ÂGES : LA FEMME ADULTE JUSQU'À LA MÉNOPAUSE

13/06/2024

Introduction

Docteure Elisabeth ELEFANT

Interventions

- **" J'ai mal !"**
  Lisa DAYAN, professeure Gisèle PICKERING, professeure Chrystèle RUBOD DIT GUILLET
- **Aspect médical et bien-être dans le traitement de la ménopause**
  Professeure Geneviève PLU-BUREAU
- **Qui prend en charge les femmes ?** - Eléonore BLEUZEN-HER

4 SANTÉ DES FEMMES AU FIL DES ÂGES : LE GRAND ÂGE

4/07/2024

Introduction

Professeur Jean-Pierre MICHEL

Interventions

- **Femmes âgées aimantes et soignantes** - Catherine BERGERET-AMSELEK
- **Femmes âgées et reconstruction d'une autre vie** - Danielle RAPOPORT
- **Femmes âgées invisibles** - Michel BILLÉ

5 TRAVAIL & SANTÉ DES FEMMES

3/10/2024

Introduction

Docteure Elisabeth ELEFANT

Interventions

- **Impact de l'environnement de travail sur la santé des femmes**
  Florence CHAPPERT, Caroline DE PAUW
- **Regard d'une entreprise sur les enjeux liés à la santé des femmes au travail**
  Emmanuelle LIEVREMONT

6 CONTEXTES DE VIE PARTICULIERS : INCIDENCES SUR LA SANTÉ DES FEMMES

7/11/2024

Introduction

Docteure Elisabeth ELEFANT

Interventions

- **Témoignage d'une femme en situation de handicap**
  Géraldine SEGUIN
- **Précarité, violence et santé des femmes – conjugales, physiques, prostitution, dépendance, toxicomanie**
  Docteure Danielle-Simone GAUDRY
- **L'enfermement carcéral des femmes, quels effets sur leur santé ?**
  Docteure Pascale GIRAVALLI

7 GESTION DU DÉSIR D'ENFANT, SUIVI DE GROSSESSE & POST-PARTUM

5/12/2024

Introduction

Docteure Elisabeth ELEFANT, Professeur Richard VILLET, Marina CARRERE D'ENCAUSSE

PARTIE 1 : GESTION DU DÉSIR D'ENFANT

- **La conservation des ovocytes sans indication médicale**
  Professeur Louis BUJAN
- **Parcours de PMA, modalités et accompagnement des couples**
  Professeure émérite Françoise SHENFIELD
- **Traverser une épreuve de fertilité** - Marie FINDLING
- **IVG : accès, modalités, modification loi bioéthique, sage-femmes**
  Docteur Philippe FAUCHER

PARTIE 2 : SUIVI DE GROSSESSE & POST-PARTUM

- **La grossesse n'est pas une maladie, alors à quoi sert le suivi ?**
  Professeur Laurent MANDELBROT
- **Le post-partum, une période de vulnérabilité** - Docteure Sarah TEBEKA

Conclusion

Docteure Elisabeth ELEFANT, Professeur Richard VILLET, Marina CARRERE D'ENCAUSSE

Visionnez l'intégralité du cycle des conférences sur notre site :

SANTÉ DES FEMMES - Fondation de l'Académie de Médecine

INTERVENANTS

Débats organisés par la Fondation de l'Académie de Médecine sous l'égide du Dr Elisabeth ELEFANT et du Pr Richard VILLET

- **Pr Catherine BARTHELEMY***
  Présidente honoraire de l'Académie de médecine
- **Catherine BERGERET-AMSELEK**
  Psychanalyste, membre de la Société de psychanalyse freudienne
- **Michel BILLÉ**
  Sociologue, membre du conseil scientifique sciences humaines de France Alzheimer
- **Eléonore BLEUZEN-HER**
  Sage-femme libérale et présidente du CNSF (Collège National des Sage- Femmes de France)
- **Pr Louis BUJAN***
  Professeur émérite de biologie et médecine de la reproduction, unité DEFE Inserm 1203, Université Toulouse III, CECOS, CHU Toulouse
- **Marina CARRÈRE D'ENCAUSSE**
  Médecin, journaliste, animatrice et chroniqueuse radio et télévision, marraine du cycle des conférences
- **Florence CHAPPERT**
  Anact (Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail), pilote de l'action « Santé des femmes au travail » du Plan Santé Travail n°4 porté par le ministère du Travail
- **Dr Elisabeth ELEFANT***
  Centre de référence sur les agents tératogènes CRAT, hôpital Armand Trousseau, Assistance Publique - Hôpitaux de (AP-HP), Paris
  Administratrice de la fondation de l'Académie de médecine
- **Lisa DAYAN**
  Témoin de la société civile et auteure du livre "Couper la douleur"
- **Caroline DE PAUW**
  Docteure en sociologie, chercheuse associée au centre Lillois d'études et de recherches en sociologie et économie (UMR8019, Université de Lille)
- **Dr Philippe FAUCHER**
  Gynécologue obstétricien, hôpital Armand Trousseau, Assistance Publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP), Colombes
- **Marie FINDLING**
  Fondatrice de la plateforme "Ensemble Healthcare"
- **Agnès FIRMIN LE BODO**
  Députée, ancienne ministre de la Santé et de la Prévention
- **Dr Danielle-Simone GAUDRY**
  Gynécologue obstétricienne et présidente du réseau de périnatalité du Val de Marne.
- **Dr Pascale GIRAVALLI**
  Psychiatre en milieu pénitentiaire, SMPR UHSA (Unité Hospitalière Spécialement Aménagée), Marseille (AP-HM), présidente de l'ASPMP (association des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire)
- **Anne-Sophie GRENOUILLEAU**
  Conseillère pharmaceutique à la Haute Autorité de Santé, responsable du rapport HAS « Sexe, genre et santé »
- **Dr Danielle HASSOUN**
  Gynécologue obstétricienne, responsable du centre d'IVG à l'hôpital Delafontaine, Saint Denis

*Membre de l'Académie nationale de médecine

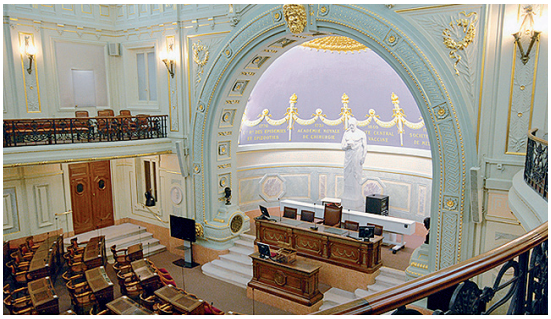
- **Pr Claudine JUNIEN***
  Professeure émérite de génétique, Université Paris-Saclay, UVSQ, ancienne directrice de l'unité 383 de l'INSERM, hôpital Necker-Enfants malades, Assistance Publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP), BREED INRAE Jouy en Josas
- **Dr Daniel LEVY-BRUHL***
  Médecin, épidémiologiste, Santé publique France, responsable d'unité
- **Caroline LIEVREMONT**
  Santé et Qualité de Vie au Travail chez L'Oréal
- **Pr Laurent MENDELBROT***
  Professeur de gynécologie obstétrique, chef de service, hôpital Louis Mourier, Assistance Publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP), Colombes
- **Dr Stéphane MANZO-SILBERMAN**
  Cardiologue, institut de cardiologie de la Pitié-Salpêtrière, Sorbonne Université Assistance Publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP), Paris
- **Pr Jean-Pierre MICHEL***
  Professeur émérite de gériatrie, faculté de médecine de Genève
- **Pr Marie-Rose MORO***
  Professeure de pédopsychiatrie,
  Université Paris Cité, cheffe de service de la Maison de Solenn - Maison des adolescents de l'hôpital Cochin, Assistance Publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP), Paris
- **Pr Gisèle PICKERING***
  Professeure, médecin, spécialiste de la douleur, cheffe de service de la plateforme d'investigation clinique, directrice du Centre d'Investigation Clinique (PIC/CIC Inserm 1405), CHU de Clermont-Ferrand
- **Pr Geneviève PLU-BUREAU**
  Professeure, gynécologue médicale, cheffe de service Hôpital Cochin, Assistance Publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP), Paris
- **Danielle RAPOPORT**
  Psychosociologue, spécialiste des sciences humaines et experte des questions liées au vieillissement
- **Pr Laurent Rigal**
  Professeur de médecine générale, Université Paris-Saclay, épidémiologiste au CESP Inserm 1018
- **Pr Chrystèle RUBOD DIT GUILLET***
  Professeure de gynécologie obstétrique, centre hospitalo-universitaire (CHU), Lille
- **Muriel SALLE**
  Maîtresse de conférences, conférencière, experte en études de genre et humanités médicales, Université Lumière Lyon 1
- **Géraldine SEGUIN**
  Patiente experte
- **Pr Françoise SHENFIELD***
  Professeure associée émérite, gynécologue endocrinologue à l'unité de médecine reproductive à l'University College Hospital London et l'Institute for Women's Health, University College London
- **Dr Sarah TEBEKA**
  Psychiatre spécialisée en périnatalité et maître de conférences, Université Paris Cité
- **Pr Richard VILLET***
  Chirurgien viscéral et secrétaire général de la fondation de l'Académie de médecine

*Membre de l'Académie nationale de médecine

SANTÉ DES FEMMES EN 2024 : OÙ EN EST-ON ?

La séance inaugurale s'est déroulée dans la salle des séances de l'Académie nationale de médecine, lieu historique des activités de l'Académie depuis 1820, accessible au public chaque mardi après-midi ; sous le regard de grandes figures historiques, notamment **Marie CURIE**, première femme élue à l'Académie en 1922, en reconnaissance de ses travaux majeurs en physique et de leur contribution décisive au progrès médical.

Cette première séance a pour ambition de poser les bases d'une réflexion approfondie sur les spécificités de la santé des femmes, abordée sous différents angles : biologiques, médicaux, historiques et sociologiques.



PROGRAMME ET INTERVENANTS

Table ronde

- **Elisabeth ELEFANT**, administratrice de la Fondation de l'Académie de Médecine
- **Richard VILLET**, chirurgien viscéral et secrétaire général de la Fondation de l'Académie de Médecine
- **Agnès FIRMIN-LE BODO**, députée, ancienne ministre de la Santé et de la Prévention
- **Marina CARRÈRE D'ENCAUSSE**, médecin, journaliste, animatrice et chroniqueuse radio et télévision
- **Stéphane MANZO-SILBERMAN**, cardiologue, institut de cardiologie, hôpital de la Pitié-Salpêtrière, AP-HP, Sorbonne Université

Interventions

1. **Le sexe et le genre influencent-ils notre santé ?**
   Anne-Sophie GRENOUILLEAU conseillère pharmaceutique à la Haute Autorité de Santé, responsable du rapport « Sexe, genre et santé »
2. **L'enchevêtrement du sexe et du genre en santé à l'ère de l'épigénétique**
   Claudine JUNIEN, professeure émérite de génétique, Université Paris-Saclay, UVSQ, ancienne directrice de l'unité 383 de l'INSERM, hôpital Necker-Enfants malades, AP-HP Paris, BREED INRAE Jouy-en-Josas
3. **Stéréotypes de genre en santé : une vision historique**
   Muriel SALLE, maitresse de conférences, experte en études de genre et humanités médicales, Université Lumière, Lyon 1
4. **Des hommes et des femmes en santé : aspects épidémiologiques**
   Laurent RIGAL, professeur de médecine générale, Université Paris-Saclay, épidémiologiste au CESP Inserm 1018

INTRODUCTION

Agnès FIRMIN-LE BODO, députée, ancienne ministre de la Santé et de la Prévention

Particulièrement impliquée sur les enjeux relatifs à la santé des femmes, Agnès FIRMIN-LE BODO souligne l'importance croissante de traiter spécifiquement les problématiques de santé féminine.

Il est nécessaire de dépasser une approche purement égalitariste. Les femmes vivent statistiquement plus longtemps que les hommes, ce qui ne signifie pas nécessairement qu'elles vivent en meilleure santé. Les questions de santé des femmes méritent une attention particulière en raison de différences physiologiques, culturelles et sociales spécifiques qui peuvent représenter des désavantages en matière de santé.

Parmi les sujets emblématiques illustrant cette prise de conscience, peut être mentionnée l'endométriose, longtemps sous-estimée par une partie du corps médical, et qui fait aujourd'hui l'objet d'une attention croissante.

Les maladies cardio vasculaires, elles, encore méconnues du grand public féminin, constituent la première cause de mortalité chez les femmes.

À ce titre, l'initiative menée par Claire MOUNIER-VEHIER à travers l'action « Agir pour le cœur des femmes », qui sensibilise la population féminine dans les quartiers moins favorisés où l'accès aux soins est plus complexe, est soulignée.

Ces initiatives révèlent également l'existence de difficultés persistantes liées à l'information, la sensibilisation et à l'accès aux soins médicaux, rendant encore plus nécessaire l'intégration complète de ces enjeux dans les politiques publiques.

Les efforts de sensibilisation et de prévention, sur le modèle des campagnes menées pour le dépistage du cancer du sein, qui ont contribué à la une baisse significative de la mortalité associée à cette pathologie nécessitent d'être soutenus.

L'importance du sujet de la santé féminine en tant qu'enjeu de santé publique est croissante. Une étude récente commanditée par le collectif Femmes de santé, réalisée par CSA, révèle que 87 % des femmes s'estiment en bonne santé, et pour celles souffrant de pathologies, 50% s'estiment être en bonne santé. Toutefois, 35 % considèrent que leur santé n'est pas suffisamment prise en compte par les politiques publiques et les dispositifs de santé.

Stéphane MANZO-SILBERMAN, cardiologue, institut de cardiologie, hôpital de la Pitié-Salpêtrière, AP-HP, Sorbonne Université

Les maladies cardiovasculaires représentent désormais la première cause de mortalité chez les femmes en France, avec 26 % des décès féminins annuels, soit environ 200 décès quotidiens.

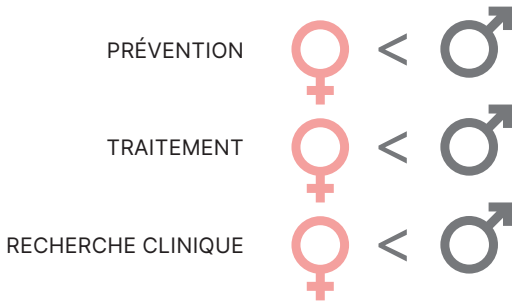
Ces maladies présentent chez la femme des spécificités importantes liées à une vulnérabilité accrue face aux facteurs de risques traditionnels, tels que le diabète, l'hypertension et le tabagisme, mais aussi à des facteurs spécifiquement féminins, tels que les modifications hormonales au cours de la vie gynéco-obstétricale.

Depuis une quinzaine d'années, une augmentation annuelle constante d'environ 5 % des hospitalisations féminines pour infarctus du myocarde est constatée. Cette augmentation s'explique par l'amélioration des moyens diagnostiques, mais également par une évolution préoccupante du profil de risque des femmes, notamment liée à une hausse du tabagisme féminin.

Une disparité de pronostic persiste : aujourd'hui encore, la mortalité à trente jours après un infarctus est plus élevée chez les femmes (supérieure à 6,5 %) que chez les hommes (environ 2,5 %).

Cette différence est liée en partie à un âge moyen plus avancé chez les femmes lors d'un infarctus mais surtout à un délai de recours aux soins plus long que chez les hommes. Ceci alors que les délais au niveau des équipes soignantes, dit « délais système » sont comparables. Cela souligne l'importance d'une prise de conscience accrue au sein du corps médical mais surtout auprès du grand public.

Inégalité de prise en charge de l'infarctus du myocarde chez les femmes



Enfin, un effort supplémentaire d'information et de prévention ciblée à destination des femmes est nécessaire, similaire à celui effectué avec succès dans le cadre du cancer du sein.

La prise de conscience concernant les spécificités des enjeux de santé féminins progresse au sein du corps médical, notamment grâce à l'évolution de la formation initiale des médecins. Les programmes universitaires intègrent désormais davantage les distinctions physiologiques et physiopathologiques liées au sexe biologique entre femmes et hommes.

Cette évolution favorise également la réalisation d'études différenciées par sexe, tant avant qu'après la mise sur le marché des médicaments, permettant ainsi une meilleure lisibilité des spécificités féminines.

Cependant, le grand public reste encore insuffisamment informé et sensibilisé à ces enjeux. Malgré les campagnes d'information existantes, la persistance de préjugés sociaux et médicaux entraîne souvent un retard dans la prise en charge des femmes victimes de maladies cardiovasculaires. Au premier plan, il faut citer la perception du risque plus faible chez les femmes : elles se sentent moins concernées, moins à risque de maladies cardiovasculaires que les hommes. Ainsi, il est crucial d'intensifier les efforts pour que les femmes s'approprient ces informations et prennent conscience des risques spécifiques auxquels elles sont exposées, de l'impact plus délétère chez elles des facteurs de risque comme le tabac, le diabète, l'hypertension ou les dyslipidémies qui devront donc être plus efficacement traités.

Marina CARRERE D'ENCAUSSE, médecin, journaliste et chroniqueuse radio et télévision

Actuellement animatrice de « Carnets de santé » sur France Culture, reconnue pour son rôle à la tête du « Magazine de la Santé », émission phare du service public dédiée à la vulgarisation médicale et scientifique, Marina CARRERE D'ENCAUSSE est intervenue sur la place de la santé des femmes dans les médias. La santé des femmes a toujours constitué un sujet prioritaire au sein de ses émissions, en raison notamment des inégalités persistantes dans la prise en charge médicale entre hommes et femmes. Un tournant décisif a été atteint avec les premières campagnes de sensibilisation grand public consacrées aux maladies cardiovasculaires chez les femmes, incitant ces dernières à prêter davantage attention à leur propre santé, et pas uniquement à celle de leurs proches.

INTERVENTIONS

1 Le sexe et le genre influencent-ils notre santé ?

Anne-Sophie GRENOUILLEAU, conseillère pharmaceutique à la Haute Autorité de Santé, responsable du rapport HAS « Sexe, genre et santé »

Il est important de préciser les notions de sexe et de genre lorsqu'on aborde les questions de santé. Le sexe englobe plusieurs dimensions : chromosomique, gonadique, anatomique et physiologique. Ce n'est pas une variable exclusivement binaire. En effet par exemple, le sexe chromosomique inclut les variations XX et XY majoritaires, mais aussi d'autres variantes existantes chez environ 2 % de la population. Le genre, quant à lui, renvoie aux représentations sociales (comportements attendus) associées à l'identité masculine ou féminine et à l'identité de genre des personnes elles-mêmes par référence aux modèles de féminité et de masculinité. Dans la littérature anglo-saxonne, le terme « gender » renvoie au sexe ou au genre selon les publications.

Le travail coordonné par la Haute Autorité de Santé publié fin 2020 (rapport prospectif Sexe, genre et santé) met en lumière trois constats essentiels concernant l'impact du sexe et du genre sur la santé.

Le premier constat est que la santé des femmes n'est pas ce qu'elle pourrait être du fait de l'insuffisance de prise en compte des particularités de leur santé : une vulnérabilité particulière des femmes dans certains contextes sociaux et médicaux (femmes handicapées, femmes à la rue, femmes âgées et dépendantes), des facteurs de risque qui leur sont propres, ou des tableaux cliniques différents de ceux des hommes.

Le deuxième constat souligne que les femmes ne détiennent pas l'exclusivité des inégalités de santé, que le tableau est beaucoup plus nuancé. Les hommes subissent également des disparités significatives, avec une espérance de vie notablement inférieure à celle des femmes dans toute la zone Europe, même lorsque l'on compare des catégories socio-professionnelles élevées (hommes cadres) à des catégories moins favorisées (femmes ouvrières). Certaines maladies comme l'ostéoporose présentent chez les hommes des spécificités cliniques différentes, qui sont elles aussi trop souvent négligées. Enfin, la relation des hommes avec le système de santé est moins étroite que celle des femmes, bien que cela dépende aussi d'autres facteurs que le genre.

Enfin, le troisième constat relève l'importance des idées reçues entourant les liens entre le sexe, le genre et la santé, qui entravent les prises en charge adéquates. L'idée fausse selon laquelle les différences liées au sexe et au genre seraient limitées aux aspects reproductifs contribue à des erreurs diagnostiques majeures ou à des traitements sous-optimaux. À titre d'exemple, les symptômes d'un infarctus du myocarde chez une femme sont souvent confondus avec une crise d'angoisse, et la dépression est souvent considérée à tort comme une affection essentiellement féminine. Ces interprétations sont liées au même stéréotype de genre que les femmes sont plus fragiles psychologiquement, accentuées par des biais de recours aux soins plus élevés chez les femmes en cas d'anxiété ou dépression, générant des attitudes diagnostiques et thérapeutiques erronées. Les idées reçues sont donc à la fois du côté des soignants et des patients.

Le sexe et le genre sont à l'évidence des déterminants de la santé, ils sont pourtant négligés dans l'action publique en santé, et dans les pratiques de soins et d'accompagnement. Les femmes ne sont pas de petits hommes, ni les hommes de grandes femmes, du point de vue biologique comme sous l'angle social. Et le sexe et le genre croisent avec d'autres facteurs biologiques et sociaux. Il apparaît donc indispensable de s'en préoccuper davantage pour faire progresser la santé.

Deux principes directeurs peuvent être évoqués pour améliorer la prise en compte du sexe et du genre dans les politiques publiques et les pratiques médicales. Il s'agit premièrement de développer une approche décloisonnée du sexe et du genre, combinée à d'autres déterminants sociaux et individuels de santé (âge, revenus, éducation, environnement), et deuxièmement de faire le choix de politiques de santé publique s'adressant à toute la population tout en adaptant précisément les ressources aux besoins spécifiques des différents sous-groupes qui la composent ("universalisme proportionné").

Cette approche décloisonnée et un questionnement systématique sur l'influence du sexe et du genre, conjugués à une médecine plus individualisée et attentive aux biais inconscients des professionnels et des patients, pourraient renforcer l'efficacité globale des politiques de santé. Ainsi, l'amélioration de la santé des femmes est indispensable mais elle doit s'inscrire dans une perspective plus vaste intégrant également celle des hommes, pour une progression globale et équilibrée de la santé publique.

L'importance d'intégrer systématiquement le sexe dans la recherche biomédicale est soulignée. Les protocoles devraient inclure à la fois des animaux mâles et femelles dès les premières phases de recherche pour éviter les biais initiaux de sélection des molécules qui seront développées et par la suite à la fois des femmes et des hommes dans les essais cliniques afin d'obtenir le même niveau de confiance

dans les traitements qui seront commercialisés. Parmi les leviers concrets proposés dans le rapport de la HAS, l'obligation pour les éditeurs de revues scientifiques de demander systématiquement le sex-ratio des sujets d'étude et le recours à des méthodes statistiques d'appariement pour compenser les déséquilibres éventuels entre sexes dans les échantillons.

La complexité des enjeux assurantiels et éthiques liés à la participation des femmes aux études cliniques, notamment concernant la protection éventuelle de leurs capacités reproductives, appelle à une réflexion sur l'autonomie des femmes à décider librement de leur implication dans la recherche.

2 L'enchevêtrement du sexe et du genre en santé à l'ère de l'épigénétique

Claudine JUNIEN, professeure émérite de génétique, Université Paris-Saclay, UVSQ, ancienne directrice de l'unité 383 de l'INSERM, hôpital Necker-Enfants malades, AP-HP, BREED inrae Jouy-en-Josas

La distinction entre sexe et genre constitue aujourd'hui un enjeu majeur en médecine, particulièrement à l'ère de l'épigénétique. Il nécessite de différencier clairement ces deux notions : le sexe étant inné, déterminé par la génétique, tandis que le genre relève d'une construction sociale psycho-socio-culturelle acquise par l'individu au contact de la société.

Le sexe est défini précisément par la génétique : il dépend des chromosomes sexuels XX ou XY transmis par les parents dès la conception. Les différences génétiques fondamentales entre les hommes et les femmes proviennent principalement des gènes localisés sur les chromosomes sexuels. Le chromosome X contient environ 900 gènes, parmi lesquels 25 % s'expriment en double dose chez la femme, alors que le chromosome Y, spécifique aux hommes, compte une centaine de gènes dont certains ne sont pas présents chez la femme.

Nettie STEVENS, au début du XXe siècle, a découvert le chromosome Y comme élément distinctif entre mâles et femelles. Plus tard, en 1961, Mary LYON a révélé l'inactivation aléatoire d'un des deux chromosome X chez la femme, mais un quart des gènes échappent à cette inactivation expliquant ainsi cette spécificité féminine d'expression génétique en double dose pour un quart seulement des gènes du X.

Nettie STEVENS

© Jane Gitschier

Mary LYON

Cette distinction génétique intervient dès la fécondation, le sexe biologique apparaissant au moment précis où l'ovocyte (porteur d'un chromosome X) accueille le spermatozoïde (porteur soit d'un chromosome X, soit d'un Y). Ainsi, chaque cellule du corps humain est sexuée dès son origine, et ce caractère génétique reste constant tout au long de la vie, indépendamment de toute transition de genre éventuelle.

En parallèle, l'épigénétique joue un rôle central. L'épigénétique se réfère à des modifications moléculaires sur l'ADN qui influencent l'expression des gènes sans modifier la séquence d'ADN elle-même. Ces marques épigénétiques, façonnées dès le début de la vie in utero sont modulées par l'environnement maternel (nutrition, stress, etc.). Elles modulent considérablement les différences biologiques entre sexes tout au long de la vie. L'environnement social et culturel influence également ces marques, participant ainsi à une biologisation indirecte du genre.

L'étude pionnière de 2004 sur des rats illustre parfaitement cette interaction environnement-épigénétique. Le comportement maternel, par le biais de signaux sensoriels comme les soins prodigués aux petits, entraîne des modifications épigénétiques qui modifient durablement le comportement des animaux devenus adultes. Ce phénomène montre clairement comment l'environnement social peut modifier l'expression génétique, participant ainsi au brouillage des frontières entre sexe et genre.

Ainsi, sexe et genre, bien que distincts par leurs origines — respectivement génétique et sociale — se retrouvent intimement liés. Aujourd'hui, la médecine peine à déterminer précisément la part respective du sexe biologique et du genre social dans la santé et le développement individuels. Ainsi, les approches médicales doivent désormais intégrer ces nuances complexes pour éviter les simplifications et les généralisations erronées.

La prise en compte rigoureuse des mécanismes épigénétiques invite à dépasser les stéréotypes sociaux liés au sexe et au genre, en considérant pleinement leurs interactions complexes au sein de chaque individu.

3 Stéréotypes de genre en santé : une vision historique

Muriel SALLE, maitresse de conférences, conférencière, experte en études de genre et humanités médicales, université Lumière, Lyon 1

La question des stéréotypes de genre dans la santé est abordée selon une perspective historique, en se fondant sur les travaux exposés par Murielle SALLE, historienne spécialiste du XIXe siècle.

La définition du sexe biologique revêt une complexité intrinsèque. Historiquement, cette définition repose sur quatre niveaux principaux : anatomique, gonadique, physiologique et chromosomique. Or, les recherches historiques montrent que plus les investigations scientifiques progressent, passant d'une échelle macroscopique à microscopique, plus les certitudes se dissipent au profit d'incertitudes et de discordances entre ces niveaux.

Concernant le genre, deux dimensions distinctes se détachent clairement. Premièrement, le genre en tant que catégorie, qui correspond à l'identité personnelle ressentie par un individu, homme ou femme. Deuxièmement, le genre comme système social qui organise la société autour de deux principes fondamentaux : la bi catégorisation et la hiérarchisation. Près de 2 % de la population échappe à cette bi catégorisation. Celle-ci reste toutefois dominante dans nos systèmes sociaux et médicaux.

Le principe de hiérarchisation implique que les catégories homme et femme ne sont pas égales. Historiquement, cela s'observe notamment dans les discours médicaux du XIXe siècle, période particulièrement riche en traités sur la santé féminine. Ainsi, au XIXe siècle, les maladies dites féminines sont explicitement distinguées et abondamment discutées, alors que les maladies masculines, perçues comme universelles et neutres, ne sont pas spécifiquement identifiées comme telles. Ce phénomène, appelé androcentrisme, persiste encore aujourd'hui, influençant implicitement les représentations et les pratiques médicales.

Deux cadres épistémologiques dominants émergent historiquement concernant la santé des femmes. Le premier cadre est celui de « l'épistémologie de l'exception » : la femme étant définie comme une exception à la norme masculine, cette vision a conduit à surestimer les différences et à qualifier les symptômes féminins comme atypiques, entravant parfois une prise en charge médicale adaptée. Le deuxième cadre est celui de « l'épistémologie de la dépréciation », où la femme est perçue comme présentant toujours un manque ou une déficience par rapport à la norme masculine, conduisant souvent à une pathologisation excessive et systématique.

La persistance de ces cadres explique en partie la difficulté contemporaine de reconnaissance de certaines pathologies féminines, telles que l'endométriose. Décrite dès 1860, cette maladie n'a été intégrée de manière obligatoire au programme d'études médicales qu'en 2020, soulignant l'impact durable des représentations historiques dans les pratiques actuelles.

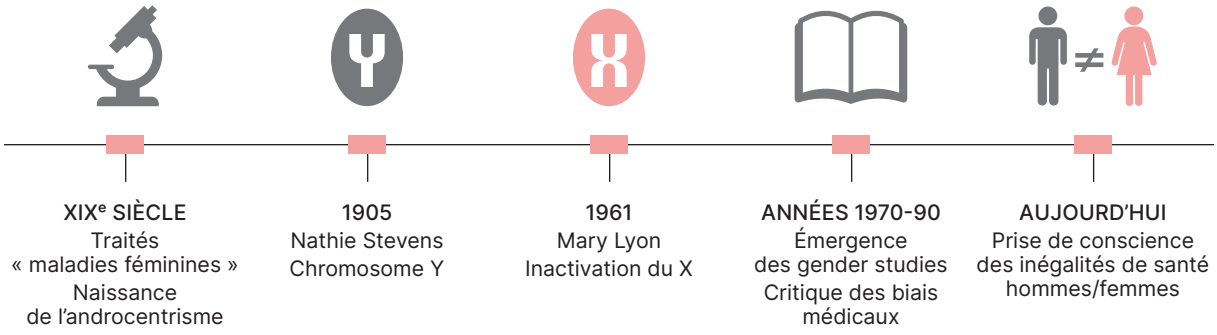
Si la différenciation biologique entre hommes et femmes reste importante, elle ne doit pas occulter les nombreuses similitudes existantes, ni les spécificités qui touchent également la santé masculine, souvent moins explorée.

Historiquement, la prise en compte différenciée des sexes et du genre en médecine a évolué lentement. L'accès des femmes à la médecine illustre ce phénomène : Madeleine BREST est devenue la première femme française docteure en médecine en 1875. Avant cela, seules des femmes étrangères étaient autorisées à suivre ces études en France, à condition de ne pas exercer sur le territoire national.

Les stéréotypes de genre, définis comme des catégories sociales restrictives, ont des conséquences sanitaires directes, tant pour les femmes que pour les hommes. Les rôles sociaux spécifiques, notamment celui d'aidante pour les femmes, influencent fortement leur accès et recours aux soins.

En résumé, une meilleure prise en compte de ces réalités historiques et sociologiques est essentielle pour améliorer la pratique médicale, en favorisant une approche plus individualisée et égalitaire de la santé.

Évolution de la prise en compte différenciée des sexes et du genre en médecine



4 Des hommes et des femmes en santé : aspects épidémiologiques

Laurent RIGAL, professeur de médecine générale, Université Paris-Saclay, épidémiologiste au CESP Inserm 1018

Les différences de santé entre hommes et femmes sont abordées sous l'angle épidémiologique et social.

D'une manière générale, l'espérance de vie des femmes est supérieure à celle des hommes partout dans le monde. Toutefois, cet écart varie fortement selon les régions, suggérant une influence notable de facteurs sociaux et environnementaux. Historiquement, cet écart apparaît progressivement dès le XVIIIe siècle et augmente nettement jusqu'à la fin du XXe siècle, soulevant des questions essentielles sur son origine.

En analysant les taux de mortalité par âge et par sexe, on constate une surmortalité masculine marquée à tous les âges dans la période contemporaine, phénomène absent au début du XIXe siècle. Cette augmentation significative de la mortalité masculine, particulièrement entre 20 et 30 ans, souligne l'influence majeure des comportements sociaux, tels que les conduites à risque et la consommation de toxiques, davantage répandus chez les hommes pour des raisons culturelles et sociales.

Concernant la qualité de vie, l'espérance de vie sans incapacité est similaire pour les deux sexes, mais les femmes vivent proportionnellement plus longtemps avec des incapacités ou en mauvaise santé. Ce paradoxe souligne une complexité sous-jacente où les femmes, malgré une plus grande vulnérabilité physique, montrent une meilleure résilience face à des pathologies chroniques ou non létales.

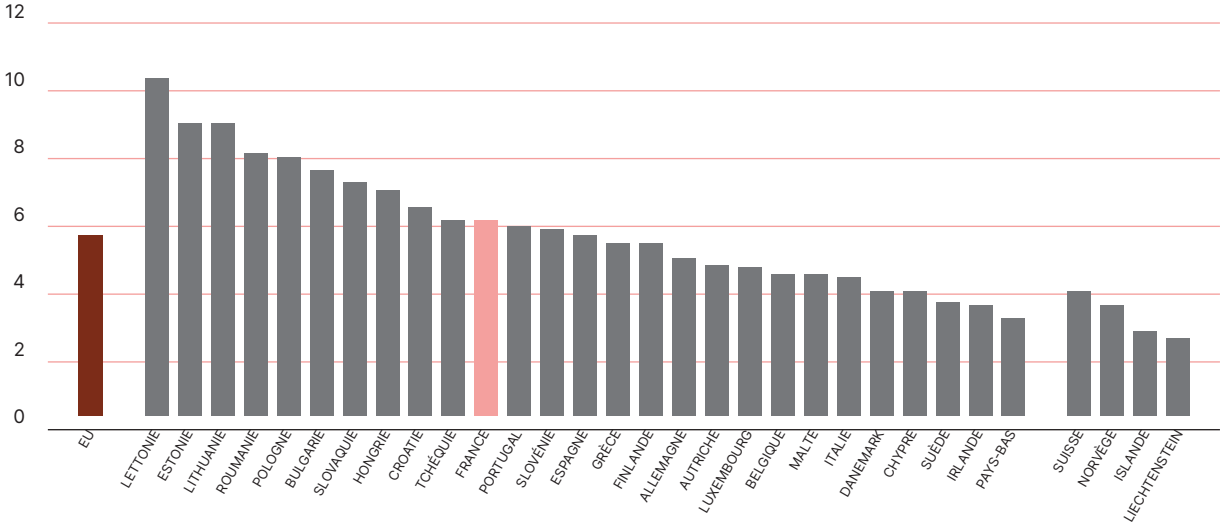
Trois pistes d'explications complémentaires sont proposées : biologique, comportementale et sociale. Alors que les aspects biologiques (hormones, génétique) expliquent partiellement ces écarts, les facteurs comportementaux liés aux rôles sociaux (prise de risques, recours aux soins) jouent un rôle central. De même, les rôles sociaux attribués aux femmes, notamment en matière de soins familiaux et professionnels, impactent fortement leur santé globale et leur accès aux soins.

Cette complexité peut s'illustrer à travers l'exemple de l'infection au VIH, où il est crucial d'intégrer des perspectives sociales et biologiques pour comprendre pleinement les phénomènes de santé publique. Ainsi, les jeunes femmes présentent un risque accru d'infection par le VIH, non seulement à cause d'une vulnérabilité biologique, mais également en raison de facteurs sociaux tels que leur moindre capacité à négocier la prévention avec des partenaires souvent plus âgés.

Enfin, la féminisation de la profession médicale pourrait transformer positivement la prise en charge des patients. Des études montrent que les femmes médecins communiquent différemment, adoptent plus souvent des approches participatives et psychosociales, et respectent davantage les recommandations de soins, notamment en matière de dépistage et de prévention cardiovasculaire. Une étude menée auprès de médecins généralistes révèle que les praticiennes évaluent mieux le risque cardiovasculaire, particulièrement chez leurs patientes, réduisant ainsi les écarts de genre observés dans la prise en charge médicale.

L'intégration renforcée des dimensions sociales et du genre dans l'enseignement et la pratique médicale, contribue à améliorer significativement la qualité et l'équité des soins prodigués à tous les patients.

Pays avec les écarts d'espérance de vie les plus et les moins élevés entre les genres
Espérance de vie à la naissance, écart entre les sexes, 2023 (en années, espérance de vie des femmes – espérance de vie des hommes) Source : Eurostat (demo_mlexpec)



Source:https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Mortality_and_life_expectancy_statistics#Gender_gap_in_life_expectancy

DISCUSSION

En réponse à une interrogation sur la santé mentale, sont soulignés des écarts significatifs dans la perception, la reconnaissance et la prise en charge des troubles psychologiques entre hommes et femmes.

Dans la pratique clinique, les femmes semblent plus enclines à consulter pour des problèmes tels que la dépression ou l'anxiété et elles acceptent plus facilement les diagnostics de troubles neurodéveloppementaux chez leurs enfants. À l'inverse, les hommes manifestent une tendance marquée à minimiser ou nier ces difficultés, affichant souvent une résistance face au suivi psychologique pour eux-mêmes et pour leurs enfants.

Cette différence pourrait relever autant du genre que du sexe, influencée par des rôles sociaux et des attentes culturelles distinctes. Ainsi, les hommes tendent à adopter des comportements d'évitement ou de fuite face à la reconnaissance des troubles mentaux, ce qui complique leur prise en charge. Cette attitude contraste avec celle des femmes, davantage susceptibles de rechercher de l'aide et d'accepter une médicalisation de leur santé mentale.

De plus, ces différences se traduisent par des biais importants. Les professionnels de santé tendent à identifier et diagnostiquer la dépression différemment selon le sexe des patients, bien que les symptômes puissent être identiques. En effet, les mêmes manifestations dépressives sont souvent perçues et interprétées différemment selon qu'elles concernent un homme ou une femme, conduisant à une médicalisation accrue chez les femmes et une sous-évaluation chez les hommes.

Ces biais diagnostiques et ces différences d'attitude ont des conséquences graves : bien que la prévalence diagnostiquée de la dépression soit plus élevée chez les femmes, les hommes présentent paradoxalement un taux supérieur de suicides réussis. Les hommes tendent également à exprimer leur souffrance mentale par des comportements à risque, accentuant ainsi leur vulnérabilité et réduisant la possibilité d'interventions précoces.

En conclusion, une réflexion approfondie sur les biais de genre dans la reconnaissance et la prise en charge de la santé mentale est nécessaire, avec une adaptation des pratiques cliniques et les approches préventives pour mieux répondre aux spécificités de chacun, hommes et femmes, dans leur rapport à la santé mentale.

Dans la réflexion menée autour de l'impact du genre sur la santé, un point particulier émerge quant à la santé des professionnels de santé eux-mêmes, en lien direct avec leur pratique et les politiques de santé.

En réponse à une interrogation portant sur le lien éventuel entre la santé des praticiens et les comportements différenciés des hommes et des femmes vis-à-vis de leur propre prise en charge médicale, plusieurs remarques importantes ont été formulées.

Laurent RIGAL, indique qu'il n'a pas personnellement exploré en détail cet aspect précis, mais souligne qu'il existe effectivement aujourd'hui des variations importantes au sein même des pratiques professionnelles médicales. Ces évolutions concernent notamment l'implication professionnelle, avec un rééquilibrage progressif du temps dédié à l'activité médicale au profit d'un temps préservé pour la famille et la vie personnelle. Cette tendance correspond à des changements profonds dans la démographie médicale actuelle, touchant aussi bien les femmes que les hommes. Il précise que ce phénomène intervient dans un contexte de pénurie de temps médical disponible, soulignant ainsi une tension entre les aspirations personnelles légitimes des praticiens et les besoins collectifs en matière de soins.

Agnès FIRMIN-LE BODO, souligne que la santé et le bien-être des professionnels de santé constituent un prérequis indispensable pour garantir une prise en charge optimale des patients, résumant ce principe par la formule suivante : « un professionnel de santé qui va bien est un professionnel qui soigne bien ». Cette préoccupation rejoint désormais les attentes explicites des jeunes générations de professionnels, pour qui cette dimension constitue une priorité absolue, nécessitant une intégration approfondie dans leur formation initiale.

Cette intervention permet ainsi de rappeler que la prise en compte de la santé des professionnels est un levier essentiel de toute politique de santé ambitieuse et durable, répondant tant aux attentes individuelles qu'aux impératifs sociétaux de qualité des soins.

CONCLUSION

Lors de la table ronde clôturant ce débat, plusieurs intervenants ont partagé leurs réflexions sur les enjeux de sexe et de genre dans les pratiques médicales et l'enseignement en santé.

Elisabeth ELEFANT souligne tout d'abord l'importance de clarifier les définitions des concepts de sexe et de genre pour garantir une compréhension commune et précise. Il existe de nombreuses connaissances scientifiques déjà établies, mais il est nécessaire de poursuivre des recherches complémentaires, notamment dans les domaines pharmacologiques, afin de mieux cerner les différences biologiques entre hommes et femmes. Elle encourage vivement l'intégration systématique de ces connaissances dans la formation initiale et continue des professionnels de santé, dans un domaine où la France accuse un retard par rapport à d'autres pays, tels que l'Allemagne, l'Autriche ou le Canada.

Marina CARRERE D'ENCAUSSE évoque deux axes essentiels. D'une part, elle interroge l'impact potentiel de l'évolution récente vers une identité de genre non-binaire chez les jeunes générations, notamment sur leurs comportements de santé et leur rapport au système médical. D'autre part, elle souligne les difficultés pratiques rencontrées dans la transmission efficace d'informations au grand public, notamment en matière de santé féminine, illustrant comment les messages relatifs aux symptômes spécifiques des femmes, comme l'infarctus du myocarde ou l'endométriose, peuvent être mal interprétés ou simplifiés à l'excès.

Agnès FIRMIN-LE BODO insiste sur les problématiques d'accès aux soins, mettant en relief l'importance capitale d'une meilleure diffusion de l'information auprès du public, par exemple sur les compétences élargies des sage-femmes. Elle rappelle également que des évolutions sociétales relativement récentes, comme la possibilité pour les femmes de disposer de leur propre carte vitale, constituent des avancées majeures en matière d'accès aux soins.

Laurent RIGAL revient sur la complexité intrinsèque aux problématiques de genre dans les soins médicaux, insistant sur la subtilité nécessaire pour éviter toute généralisation abusive. Il souligne l'importance de l'intersectionnalité, précisant que les pratiques médicales doivent considérer simultanément le sexe, l'origine sociale, culturelle et économique des individus pour offrir une prise en charge réellement adaptée.

Enfin, une réflexion est menée sur la santé même des professionnels de santé. L'auteur d'un récent rapport sur cette thématique, Philippe DENORMANDIE, rappelle l'importance croissante accordée à la santé des professionnels de santé, devenue un enjeu majeur dans la réflexion sur l'attractivité de ces métiers.

L'ensemble des intervenants convient que cette question représente un enjeu majeur, tant pour l'attractivité des métiers que pour la qualité des soins délivrés aux patients. La nécessité d'intégrer le bien-être et la santé des professionnels dans leur formation initiale est particulièrement soulignée.

PISTES D'ACTIONS GÉNÉRALES POUR LA SANTÉ DES FEMMES

Les politiques, les décideurs publics, les acteurs de la recherche, les professionnels de santé, leurs enseignants, les personnels de l'éducation nationale, les médias, le grand public sont tous des acteurs de la santé des femmes, quel que soit leur sexe. Une synthèse des éléments clés qui se dégagent de ces conférences est proposée ci-dessous. Par souci de simplification, ils sont regroupés autour de trois principaux publics : décideurs publics, professionnels de santé, grand public.

Messages clés à destination des décideurs publics

- Reconnaître explicitement l'impact différencié du sexe et du genre sur la santé afin d'orienter efficacement les politiques publiques ;

  considérer la santé des femmes comme un enjeu prioritaire de santé publique, au-delà d'une simple approche égalitariste ;

  intégrer les dimensions spécifiques de la santé féminine au cœur des politiques publiques, sans opposition avec la prise en compte des enjeux masculins, en reconnaissance de particularités objectivement établies.
- Encourager la recherche biomédicale à systématiquement prendre en compte le sexe et le genre dès les phases précoces des études pour prévenir les biais et améliorer la pertinence des résultats.
- Soutenir des politiques d'éducation et de formation médicale qui déconstruisent les stéréotypes et favorisent une approche égalitaire dans les soins médicaux.
- Faciliter l'accès aux soins, en particulier pour les femmes vulnérables ou éloignées des structures médicales, et encourager les initiatives de sensibilisation ciblées.
- Prendre en compte la santé des professionnels de santé, élément clé de l'attractivité des métiers et de la qualité des soins dispensés.

Messages clés à destination des professionnels de santé

- Considérer systématiquement le sexe et le genre comme facteurs essentiels lors du diagnostic et du traitement, au-delà des aspects purement reproductifs.
- Être vigilant aux différences de symptomatologie selon le sexe, notamment à la présence plus fréquente de nombreux signes associés à la douleur thoracique dans l'infarctus du myocarde chez la femme ou de l'ostéoporose chez l'homme.
- Reconnaître que les différences entre hommes et femmes, ne doivent pas masquer les similitudes importantes, ni négliger la spécificité des problèmes de santé masculins.
- Être conscient des écarts de santé liés au genre : les hommes présentent une surmortalité liée à des comportements à risque, alors que les femmes vivent plus longtemps, mais souvent avec des incapacités ou une mauvaise santé chronique.
- Adapter la pratique clinique en intégrant explicitement les perspectives sociales et comportementales, notamment dans l'évaluation du risque cardio-vasculaire et la prise en charge de troubles psychologiques où les biais de genre influencent fortement diagnostics et traitements.
- Considérer sa propre santé et son bien-être comme une priorité essentielle à la qualité et à l'efficacité des soins.

Messages clés à destination du grand public

- Comprendre que les femmes font face à des risques spécifiques en santé, à un retentissement plus délétère des facteurs de risque comme le tabac, nécessitant une vigilance particulière (par exemple endométriose, maladies cardiovasculaires, ostéoporose).
- Être attentif aux différents symptômes qui peuvent s'associer à la gêne thoracique selon le sexe, comme lors d'un infarctus chez les femmes, souvent méconnus ou mal interprétés.
- Les femmes comme les hommes font face à des inégalités de santé qui méritent une attention particulière : certaines maladies ou symptômes peuvent être spécifiques à chaque sexe ; attention aux idées reçues : par exemple, les maladies cardiovasculaires touchent également les femmes parfois même jeunes, et l'ostéoporose ne touche pas que les femmes.
- S'informer activement auprès des professionnels de santé pour mieux comprendre et agir face aux risques de santé et aux spécificités liés à son sexe et son genre.

SANTÉ DES FEMMES AU FIL DES ÂGES > ADOLESCENCE

Près de 90 % des adolescents de 12 à 18 ans s'estiment en bonne santé, mais on observe chez certains d'entre eux des comportements à risque pouvant entraîner des troubles graves pour leur avenir et en majorité chez les jeunes femmes. Il s'agit en particulier de l'usage des drogues légales et illégales, de troubles psychologiques et psychiatriques comportementaux, de dépressions pouvant conduire au suicide ou de mauvaises habitudes alimentaires ou de sommeil pouvant conduire à une mauvaise santé mentale.

Cette conférence aborde ce passage à l'adolescence et toutes les questions autour du début de la vie sexuelle : l'accès à la contraception, les grossesses non désirées, les maladies sexuellement transmissibles et la vaccination contre les papillomavirus.

PROGRAMME ET INTERVENANTS

Introduction

- **Richard VILLET**, secrétaire général de la Fondation de l'Académie de Médecine, chirurgien viscéral
- **Elisabeth ELEFANT**, administratrice de la Fondation de l'Académie de Médecine

Interventions

1. **Santé mentale des adolescentes**
   Marie-Rose MORO, professeure de pédopsychiatrie, Université Paris Cité, cheffe de service de la Maison de Solenn Maison des adolescents de l'hôpital Cochin, AP-HP, Paris
2. **Santé sexuelle et reproductive chez les jeunes : informer, écouter, entendre**
   Danielle HASSOUN, gynécologue obstétricienne, responsable du centre d'IVG à l'hôpital Delafontaine, Saint Denis
3. **Disparités de la couverture vaccinale des adolescentes : exemple de la vaccination contre les HPV**
   Daniel LEVY-BRUHL, médecin, épidémiologiste, Santé publique France, responsable d'unité

INTERVENTIONS

1 Santé mentale des adolescentes

Marie-Rose MORO, Professeure de pédopsychiatrie, Université Paris Cité, cheffe de service de la Maison de Solenn - Maison des adolescents de l'hôpital Cochin, AP-HP, Paris

La santé mentale des adolescents et des jeunes adultes suscite une inquiétude croissante, accentuée depuis la crise du Covid-19. Selon les études épidémiologiques pré-pandémie, environ 8 % des jeunes âgés de 11 à 21 ans présentaient une souffrance psychologique importante. Depuis la pandémie, ces chiffres atteignent désormais 10 à 12 %, selon les dernières études de Santé publique France.

Les jeunes filles constituent un groupe particulièrement vulnérable au sein de cette catégorie. Cette vulnérabilité, exacerbée pendant la pandémie, reste élevée, notamment dans les tranches d'âge de 10 à 14 ans et de 16 à 21 ans.

Parmi les pathologies dominantes, on observe d'abord une augmentation significative des cas de dépression et des comportements d'automutilation, présentant une prévalence de 35 % supérieure chez les filles par rapport aux garçons. La pandémie a aggravé la fréquence de ces symptômes qui n'a pas diminué depuis.

Les troubles du comportement alimentaire, particulièrement les formes restrictives comme l'anorexie, représentent la seconde catégorie majeure de pathologies observées. Ces troubles apparaissent fréquemment durant l'adolescence, période sensible de transformation corporelle. Plus récemment, ces troubles affectent de plus en plus de jeunes filles prépubères, indiquant l'apparition précoce d'une souffrance psychologique, avant même les changements physiologiques de la puberté.

Parallèlement à l'augmentation de ces pathologies, une corrélation forte est identifiée avec les traumatismes vécus par ces jeunes filles, notamment des traumatismes sexuels. Ces atteintes corporelles directes semblent intimement liées aux troubles psychologiques, qu'il s'agisse de dépressions, d'automutilations ou de troubles alimentaires restrictifs.

La réelle prise en compte des plaintes exprimées par les jeunes en souffrance psychique constitue un enjeu crucial, bien souvent sous-estimé par les professionnels de santé et l'entourage familial ou social.

Augmentation de la prévalence de souffrance psychologique chez les jeunes notamment chez les jeunes filles

Des études récentes, principalement canadiennes et anglo-saxonnes, mettent en évidence un phénomène inquiétant : la parole des jeunes filles face à leur souffrance est fréquemment négligée ou minimisée. Bien que ces recherches soient moins nombreuses en France, une étude réalisée par une équipe spécialisée dans les comportements suicidaires des adolescents révèle un constat alarmant : les adolescentes ayant commis une tentative de suicide ont généralement consulté au préalable au moins trois professionnels de santé, contre deux pour les adolescents garçons. Des données qui illustrent une prise en compte différentes des plaintes des jeunes filles et des garçons.

Plusieurs préjugés persistent concernant les plaintes oralement exprimées par les jeunes filles, notamment l'idée erronée selon laquelle l'expression verbale de la souffrance diminuerait le risque de passage à l'acte suicidaire.

Or, les données montrent au contraire que l'évocation répétée d'idées suicidaires constitue un facteur de risque important. Ainsi, plus les plaintes sont récurrentes, plus le risque d'un passage à l'acte grave augmente.

Aujourd'hui, les adolescentes sont hospitalisées en urgence pour crises suicidaires plus fréquemment que les adolescents. Cette réalité souligne que la négligence initiale de leurs plaintes accroît considérablement les risques, notamment celui d'une prise en charge tardive pouvant mener à la chronicité ou même au décès.

Il est donc essentiel pour les professionnels de santé, ainsi que pour l'ensemble des intervenants en contact avec des adolescentes, d'être sensibilisés à ces réalités afin de prévenir les conséquences dramatiques d'une souffrance insuffisamment reconnue et prise en charge.

2 Santé sexuelle et reproductive chez les jeunes : informer, écouter, entendre

Danielle HASSOUN, gynécologue obstétricienne, responsable d'un centre d'IVG à l'hôpital Delafontaine - Saint Denis

La santé sexuelle et reproductive constitue une composante essentielle de la santé globale, définie par un état de bien-être affectif et sexuel. Concernant spécifiquement les jeunes, trois facteurs principaux sont en jeu : l'accès aux soins, la qualité de l'information diffusée et le rôle éducatif de l'école.

L'âge médian du premier rapport sexuel est resté stable ces 25 dernières années, situé autour de 17,4 ans pour les garçons et 17,6 ans pour les filles. Depuis les années 1950, il a diminué (alors 22 ans pour les filles et 18 ans pour les garçons). Cette modification particulièrement notable chez les filles qui ont quasiment rattrapé les garçons, illustre une évolution majeure des comportements sociaux. Parallèlement, l'âge de la première maternité a été retardé, actuellement environ 31 ans, ce qui souligne l'importance cruciale d'une contraception efficace durant une période de fertilité maximale.

En termes d'accès aux soins de santé sexuelle et reproductive, la législation française apparaît favorable. Depuis la loi de 2001, l'interruption volontaire de grossesse (IVG) et la contraception est accessible aux mineures sans nécessité de consentement parental, avec un secret médical intégral. Depuis 2022, la consultation de santé sexuelle dont la contraception est accessible sans avance de frais jusqu'à l'âge de 25 ans, tant pour les garçons que pour les filles, dans les cabinets privés des médecins et des sages femmes, dans les centres de santé sexuelle et dans les centres de santé. Les contraceptifs prescrits y compris les préservatifs masculins et féminins sont délivrés gratuitement en pharmacie.

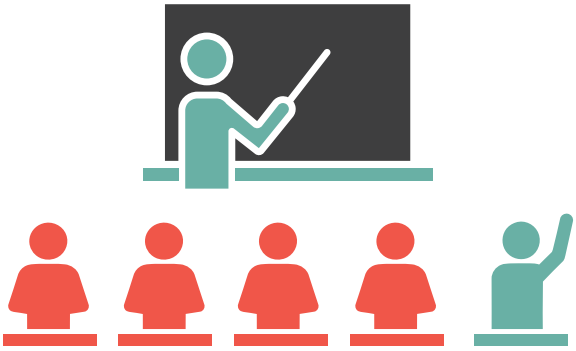
La diffusion d'informations fiables, actualisées et adaptées est essentielle. La Haute Autorité de Santé, dans ses recommandations de 2019, insiste sur l'importance d'un dialogue non intrusif avec un professionnel de santé référent non parental. Ce dialogue doit prendre en compte les inquiétudes spécifiques à l'adolescence : conduites alimentaires, dysmorphophobie, comportements à risque, violences et contraintes sexuelles. Les études montrent notamment que les jeunes femmes de 20 à 24 ans subissent plus fréquemment des violences sexuelles, avec des facteurs de risque clairement identifiés tels que l'âge précoce du premier rapport sexuel, un partenaire plus âgé, ou encore des situations de précarité sociale et affective.

Les jeunes expriment également une attention croissante à l'incongruence de genre et aux transidentités. Actuellement, les mineur.e.s représentent 3,3 % des bénéficiaires d'une prise en charge spécifique liée à la transidentité, soit environ 300 jeunes.

Un changement notable concerne l'attitude des jeunes filles envers la contraception hormonale, fréquemment rejetée au profit de méthodes dites « naturelles », ceci par crainte des effets secondaires sur leur santé. Ce phénomène impose aux professionnels de santé de rectifier certaines idées reçues et d'accepter chez ces jeunes filles l'utilisation d'une contraception non médicale certes moins efficace mais choisie et d'informer sur la possibilité du dispositif intra-utérin (DIU) accessible aux femmes n'ayant jamais eu d'enfants, ou encore de souligner les bénéfices réels de la contraception hormonale sur la dysménorrhée.

L'autre point important concerne l'environnement scolaire, qui doit affirmer et promouvoir la santé sexuelle. Depuis 2018, la législation impose trois séances annuelles obligatoires d'éducation à la sexualité, du CP à la terminale, abordant les valeurs humanistes, le consentement, la pornographie, et le cyberharcèlement. Selon le rapport IGÉSR-IGAS publié 2021, moins de 15 % des élèves en école primaire et lycée et moins de 20 % au collège ont bénéficié des trois séances annuelles d'éducation à la sexualité prévues par la loi.

Éducation sexuelle en milieu scolaire : une obligation partiellement remplie



Source : rapport IGÉSR-IGAS publié 2021

Enfin, la prévention optimale en matière de santé sexuelle passe par une reconnaissance sociale et une acceptation ouverte de la sexualité des jeunes, en tenant compte du changement générationnel, des nouvelles attentes et des technologies actuelles telles que les réseaux sociaux et la téléconsultation.

Au plan de la santé mentale, de nombreuses jeunes filles expriment une souffrance profonde et multifactorielle. Chez ces adolescentes, une multiplicité de plaintes est observée, notamment liées à la dysmorphophobie et à une estime de soi très basse. Ces manifestations témoignent d'un mal-être global qui requiert une attention particulière.

Afin d'améliorer la réponse des professionnels de premier recours (médecins généralistes, sage-femmes, pharmaciens), il apparaît indispensable de renforcer leur formation sur ces questions spécifiques. Les médecins généralistes occupent un rôle clé, étant souvent les premiers à percevoir les signes de détresse. Cependant, ces consultations nécessitent du temps dédié, loin des urgences quotidiennes, et une attention particulière à la gestion des relations avec les parents.

Par ailleurs, un enjeu majeur réside dans le repérage précoce de ces souffrances avant même que les adolescentes ne consultent un professionnel de santé. À ce titre, l'Éducation nationale doit être impliquée plus activement afin de sensibiliser les enseignants à détecter précocement les signes de détresse chez les jeunes filles. La difficulté de ce repérage précoce constitue une véritable problématique, engendrant des retards de diagnostic et augmentant ainsi les risques de passage à l'acte suicidaire ou d'automutilation.

Enfin, la sage-femme apparaît comme une interlocutrice particulièrement pertinente et souvent méconnue pour l'écoute et la prise en charge globale des adolescentes. Compétentes notamment en contraception et IVG, les sage-femmes peuvent intervenir efficacement auprès des jeunes filles, y compris dans les territoires ruraux, à condition que leur rôle soit mieux connu de la population générale. Leur contribution à une prise en charge holistique de la santé féminine doit être valorisée et intégrée pleinement dans les dispositifs sanitaires destinés à la jeunesse.

3 Disparités de la couverture vaccinale des adolescentes : exemple de la vaccination contre les HPV

Daniel LEVY-BRUHL, médecin, épidémiologiste, Santé publique France, responsable d'unité

La vaccination contre le papillomavirus humain (HPV) constitue l'une des premières stratégies préventives efficaces contre le cancer. Les HPV, responsables à 100 % du cancer du col de l'utérus, sont également impliqués dans d'autres cancers de la sphère anogénitale et ORL, touchant à la fois les hommes et les femmes, avec une prédominance féminine marquée. En 2018, la France comptait 4 600 nouveaux cas annuels liés au HPV chez les femmes et 1 750 chez les hommes, illustrant ainsi une inégalité de genre significative.

La France a été pionnière en Europe en intégrant dès 2007 cette vaccination au calendrier vaccinal des jeunes filles. Toutefois, la couverture vaccinale initiale est restée faible, plafonnant autour de 30 % jusqu'aux années 2010, freinée par des inquiétudes médiatisées infondées concernant son innocuité et son efficacité. Ces craintes ont entraîné une stagnation voire une régression de la couverture vaccinale pendant plusieurs années.

Cependant, depuis quelques années, une amélioration progressive est observée. À fin 2023, plus de la moitié des jeunes filles âgées de 15 ans ont entamé leur schéma vaccinal HPV, sans toutefois atteindre l'objectif de 80 % fixé par le plan Cancer en France. Plusieurs facteurs ont favorisé cette évolution positive. Tout d'abord, une étude menée conjointement par l'Assurance maladie et l'Agence Nationale de la Sécurité du Médicament a confirmé l'absence de lien entre la vaccination

HPV et les maladies auto-immunes, contribuant à dissiper les inquiétudes de la population. Ensuite, l'âge recommandé pour la vaccination a été abaissé à 11-14 ans, permettant une dissociation entre la vaccination et l'entrée dans la vie sexuelle, facilitant ainsi l'acceptabilité sociale et permettant une meilleure intégration dans le calendrier vaccinal de routine des pré-adolescents. Enfin, la simplification du schéma vaccinal de trois à deux doses ainsi que l'introduction d'un vaccin plus efficace, couvrant jusqu'à 90 % des HPV responsables du cancer du col (Gardasil 9), ont également contribué à améliorer l'adhésion.

L'élargissement de la recommandation vaccinale aux garçons ainsi que la mise en place de campagnes de vaccination en milieu scolaire ont été des mesures déterminantes pour renforcer l'équité et augmenter significativement la couverture vaccinale.

Malgré ces progrès, la couverture vaccinale demeure inégale sur le territoire national, marquée par un gradient géographique avec des taux plus élevés au nord-ouest qu'au sud-est. À cette disparité géographique s'ajoutent d'importants déterminants sociaux, économiques et culturels.

Par exemple, la consultation régulière d'un gynécologue ou d'un médecin généraliste apparaît comme un facteur majeur d'amélioration de la couverture vaccinale. On observe également des écarts importants de couverture selon le niveau d'éducation des parents, leur situation financière perçue et leur origine culturelle. Ainsi, la couverture vaccinale reste inférieure parmi les populations défavorisées, tels que les bénéficiaires de la CMU-C, qui ont pourtant un accès gratuit à la vaccination.

Ces déterminants sociaux influencent également l'adhésion à l'autre mesure clé de prévention du cancer du col de l'utérus, le frottis cervico-utérin.

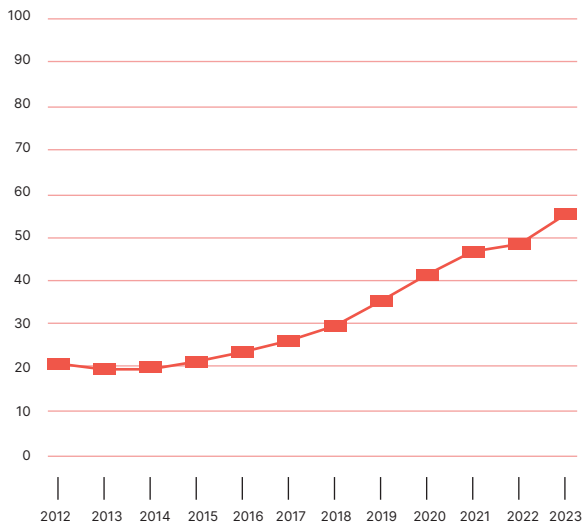
Cette conjonction d'obstacles entraîne le risque d'un creusement des inégalités sociales en matière de prévention du cancer. Les populations favorisées bénéficient souvent simultanément des deux principales mesures préventives, tandis que les groupes défavorisés tendent à échapper à ces mêmes dispositifs.

Les campagnes de vaccination en milieu scolaire, mises en œuvre depuis 2023, offrent cependant des résultats prometteurs. En seulement quelques mois, la couverture vaccinale a connu une augmentation significative (de 38 % à 55 %), démontrant l'efficacité potentielle de cette approche pour réduire les inégalités et améliorer globalement l'adhésion à la vaccination HPV sur l'ensemble du territoire.

Ces éléments soulignent la nécessité d'un engagement continu des autorités sanitaires pour soutenir cette stratégie, tout en adaptant les interventions aux réalités sociales, économiques et culturelles spécifiques des populations visées.

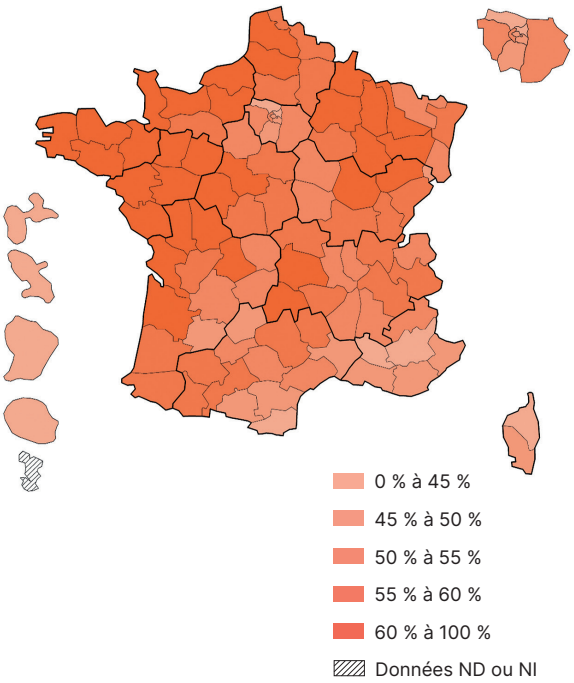
Évolution des couvertures vaccinales contre les papillomavirus humains chez la jeune fille ("1 dose" à 15 ans), France, 2021-2023

Objectif de vaccination HPV à horizon 2030 : 80 %



Source : données SNDS-DCIR, traitement Santé publique France, données mises à jour au 31/12/2023

Couvertures vaccinales départementales contre les papillomavirus humains chez la jeune fille ("schéma complet à 2 doses" à 16 ans)



Source : données SNDS-DCIR, traitement Santé publique France, données mises à jour au 31/12/2023

DISCUSSION

L'information des jeunes publics constitue un enjeu essentiel en matière de santé publique, avec la nécessité d'une transmission efficace des messages sanitaires aux jeunes, soulignant l'importance d'identifier clairement les informations prioritaires à diffuser.

Historiquement, l'Éducation nationale a joué un rôle actif dans l'éducation à l'hygiène, notamment pendant la période où la tuberculose représentait une menace majeure. Cependant, la crise sanitaire liée à la Covid-19 a mis en évidence la nécessité de réactiver et de renforcer cette éducation au sein des établissements scolaires.

Plusieurs leviers d'action peuvent être exploités pour favoriser la sensibilisation à la santé auprès des élèves. La prise en compte de l'environnement est étroitement liée à l'éducation civique, désormais intégrée dans les programmes scolaires. Il est essentiel de dépasser l'apprentissage traditionnel (lire, écrire, compter) pour inclure des connaissances fondamentales sur la santé et la prévention dès le plus jeune âge.

La Fondation souligne que l'Académie nationale de médecine travaille actuellement à l'élaboration de propositions destinées à l'Éducation nationale, visant à intégrer durablement des éléments d'information sur la santé dans les programmes éducatifs. Ces initiatives doivent s'appuyer sur des circuits validés et interactifs, adaptés à l'environnement social des jeunes.

L'écoute est également évoquée comme un enjeu essentiel. Écouter attentivement les adolescents, soulignant que la prise en compte sérieuse de leurs préoccupations par leur entourage familial et scolaire est essentielle pour prévenir les troubles psychiques et les comportements à risque.

Sur la vaccination, la récente mobilisation autour de la vaccination contre le HPV constitue un exemple probant où l'engagement des pouvoirs publics a permis de dépasser des réticences historiques au sein de l'Éducation nationale qui ne peut pas assumer seule toutes les responsabilités en matière de santé publique, soulignant les limites en termes de temps et de ressources.

En matière de communication sur la vaccination auprès des adolescents, l'utilisation des réseaux sociaux est essentielle, à condition de fournir des informations validées scientifiquement et adaptées à leur langage. Cette approche nécessite la mise en place d'outils interactifs et pertinents pour toucher efficacement ce public.

Concernant la contraception des adolescentes, une préférence croissante concerne le dispositif intra-utérin (DIU), une contraception efficace et sûre, contrairement à des croyances anciennes associant à tort le DIU à des risques infectieux majeurs. Il est nécessaire de mieux informer les adolescentes qui optent pour des méthodes naturelles, afin d'éviter des grossesses non désirées.

Enfin, concernant l'écoute et l'accueil de la plainte, dans la société française, une perception pessimiste des jeunes par des adultes peut contribuer à l'augmentation de la souffrance psychique chez les jeunes. Une meilleure écoute, associée à une attitude globalement plus bienveillante envers les adolescents, apparaît comme une nécessité pour améliorer leur santé mentale.

En conclusion, il apparaît essentiel de renforcer l'intégration des préoccupations de santé publique au sein du système éducatif, de développer des stratégies de communication adaptées aux jeunes publics, et de promouvoir une culture de prévention ancrée durablement dans la société.

PISTES D'ACTIONS POUR LA SANTÉ DES ADOLESCENTES

Les politiques, les décideurs publics, les acteurs de la recherche, les professionnels de santé, leurs enseignants, les personnels de l'éducation nationale, les médias, le grand public sont tous des acteurs de la santé des femmes, quel que soit leur sexe. Une synthèse des éléments clés qui se dégagent de ces conférences est proposée ci-dessous. Par souci de simplification, ils sont regroupés autour de trois principaux publics : décideurs publics, professionnels de santé, grand public.

Messages clés à destination des décideurs publics

- Renforcer l'intégration effective de l'éducation à la santé mentale et sexuelle dans le programme scolaire dès le plus jeune âge.
- Garantir la mise en place obligatoire des trois séances annuelles d'éducation sexuelle dans tous les établissements scolaires.
- Soutenir et développer les campagnes de vaccination scolaire contre les HPV pour réduire les disparités sociales et territoriales.
- Investir dans la formation continue des professionnels de santé et de l'éducation sur les spécificités des souffrances adolescentes, particulièrement féminines.
- Valoriser le rôle des sage-femmes et médecins généralistes, des infirmières scolaires, comme interlocuteurs essentiels de la santé globale des adolescentes, notamment en zones rurales.

Messages clés à destination des professionnels de santé

- Prendre en compte les plaintes psychologiques des adolescentes : une plainte répétée augmente significativement le risque de passage à l'acte suicidaire.
- Renforcer le dépistage précoce des troubles du comportement alimentaire et des troubles dépressifs, particulièrement exacerbés chez les adolescentes depuis la pandémie.
- Identifier précocement les traumatismes sexuels chez les jeunes filles, souvent liés directement à des troubles psychologiques graves.
- Promouvoir activement la vaccination HPV lors des consultations de routine afin de réduire les disparités socio-économiques et régionales.
- Encourager les méthodes contraceptives efficaces (DIU, contraception hormonale), tout en rectifiant les fausses croyances répandues parmi les jeunes filles. Accepter le choix d'une contraception moins efficace préférable à l'absence de contraception.

Messages clés à destination du grand public

- Écouter les adolescentes exprimant une souffrance psychologique ou émotionnelle, car leur parole est trop souvent minimisée.
- Encourager la confiance envers les professionnels de santé (sage-femmes, médecins généralistes), acteurs clés d'une prise en charge efficace et précoce.
- Soutenir la vaccination contre les HPV comme un acte essentiel de prévention des cancers chez les adolescentes, également recommandée chez les garçons.
- Promouvoir une éducation à la sexualité ouverte et respectueuse, adaptée aux préoccupations et réalités actuelles des jeunes.
- Favoriser une attitude bienveillante envers les adolescents pour contribuer à réduire les risques de troubles mentaux et les aider à grandir dans un environnement rassurant et respectueux.

SANTÉ DES FEMMES AU FIL DES ÂGES > ADULTES JUSQU'À LA MÉNOPAUSE

Cette conférence est consacrée à des aspects majeurs de la santé féminine, allant de l'âge adulte jusqu'à la ménopause incluse : la perception et la prise en charge de la douleur chez la femme (gynécologique, ostéo-articulaire, ...), un regard global sur la ménopause, le rôle des sage-femmes dans le suivi des femmes.

Elle aborde à la fois les dimensions médicales et les aspects des sciences humaines et sociales de cette étape de vie.

PROGRAMME ET INTERVENANTS

Introduction

Elisabeth ELEFANT, administratrice de la fondation de l'Académie de médecine

Interventions

1 **J'ai mal !**

Lisa DAYAN, témoin de la société civile et auteure du livre « Couper la douleur »

Gisèle Pickering, professeure, médecin, spécialiste de la douleur, CHU de Clermont-Ferrand

Chrystèle RUBOD DIT GUILLET, professeure de gynécologie obstétrique, CHU de Lille

2 **Aspect médical et bien-être dans le traitement de la ménopause**

Geneviève PLU-BUREAU, professeure, gynécologue médicale, cheffe de service Hôpital Cochin, AP-HP, Paris

3 **Qui prend en charge les femmes ?**

Eléonore BLEUZEN-HER, sage-femme libérale et présidente du CNSF (Collège National des Sages Femmes de France)

INTERVENTIONS

1 **J'AI MAL !**

La prise en charge de la douleur chez la femme adulte

Lisa DAYAN, témoin de la société civile et auteure du livre « Couper la douleur »

Gisèle PICKERING, professeure, médecin, spécialiste de la douleur, cheffe de service de la plateforme d'investigation clinique, directrice du Centre d'Investigation Clinique (PIC/CIC Inserm 1405), CHU de Clermont-Ferrand

Chrystèle RUBOD DIT GUILLET, professeure de gynécologie obstétrique, CHU de Lille

---

L'ouvrage « Couper la douleur » témoigne des défis de la prise en charge des douleurs pelviennes chroniques. Son parcours révèle les limites d'une seule approche médicale face à la complexité de la douleur chronique.

Ce récit met en évidence plusieurs écueils du système de soins. Bien que le diagnostic de vulvodynie et de vaginisme ait été posé rapidement (deux à trois mois seulement), ce diagnostic n'a pas été accompagné des explications et du soutien nécessaires pour comprendre cette douleur et l'apprivoiser au quotidien.

Les traitements proposés - injections de toxine botulique, vestibulectomie - se sont concentrés exclusivement sur la dimension organique, négligeant totalement les composantes psychologiques et sociales de la souffrance. Ces interventions invasives, loin de soulager ses symptômes, n'ont fait qu'exacerber la douleur et avec un sentiment d'impuissance. « J'ai subi des traitements lourds qui ont empiré ma condition, parce qu'on ne voyait en moi qu'un corps à réparer », déplore-t-elle.

L'impact psychologique de ces douleurs chroniques a été régulièrement sous-estimé. "La douleur chronique, quand elle n'est pas entendue dans toute sa complexité, vous isole et vous fait douter de votre propre santé mentale". Le manque d'exploration des facteurs psychosociaux - son histoire intime, ses relations amoureuses, son éducation sexuelle - a constitué une faille majeure dans sa prise en charge.

Le véritable tournant dans son parcours survient après cinq années de traitements infructueux, lors d'une rencontre avec un gynécologue en fin de carrière. Ce praticien expérimenté lui offre une perspective radicalement nouvelle : « Arrêtez de faire la guerre à votre corps, apprenez plutôt à l'écouter ». Ce conseil, d'une simplicité trompeuse, marque le début d'un long processus de reconstruction.

Lisa entreprend alors un travail d'auto observation minutieux, notant les circonstances d'apparition de ses douleurs, explorant leurs significations possibles, et surtout, apprenant à dialoguer avec son corps plutôt qu'à le combattre.

Ce témoignage soulève des questions fondamentales qui interpellent notre système de santé. Il révèle l'urgence de former les professionnels à une approche véritablement biopsychosociale de la douleur, où la dimension organique ne doit pas occulter les composantes psychologiques et sociales. Il met en lumière la nécessité de développer des protocoles de soins intégratifs, combinant traitements somatiques et accompagnement psychothérapeutique. Enfin, il démontre l'importance cruciale de l'éducation thérapeutique pour les patientes confrontées à des douleurs chroniques en particulier pelviennes.

Face à ces constats, plusieurs recommandations peuvent être formulées : la création de consultations pluridisciplinaires spécialement dédiées aux douleurs pelviennes, associant gynécologues, spécialistes de la douleur,, psychologues et kinésithérapeutes ; le développement de programmes d'éducation à la douleur chronique, permettant aux patientes de devenir actrices de leur prise en charge ; la nécessité de mieux former les médecins à l'entretien motivationnel et à l'écoute active ; l'intégration systématique d'une évaluation psychosociale dans le bilan initial de toute douleur pelvienne chronique.

Ce récit intime, par sa force et son authenticité, met en lumière le fossé qui persiste entre les connaissances scientifiques sur la douleur chronique et leur application dans la pratique clinique quotidienne. Il nous invite collectivement à opérer une transformation profonde de notre approche des souffrances pelviennes, pour passer d'une médecine centrée sur la "réparation" à une médecine de l'accompagnement global, respectueuse de la complexité de chaque être humain.

Gisèle PICKERING, professeure, médecin,
spécialiste de la douleur, CHU de Clermont-Ferrand

La douleur chronique présente une prévalence élevée dans la population générale, atteignant environ 25 %. Cependant, les femmes sont significativement plus touchées, avec une surreprésentation marquée dans quasiment tous les types de douleurs. Les données épidémiologiques révèlent en effet que 80 % des syndromes douloureux chroniques touchent davantage les femmes. Cette prédominance féminine s'observe dans des domaines variés : les lombalgies, les migraines, les douleurs musculosquelettiques, et même les douleurs neuropathiques résultant de lésions nerveuses. Le tableau se complexifie lorsqu'on examine les différentes étapes de la vie d'une femme. Durant la période active de procréation, les dysménorrhées, les douleurs du post-partum et les migraines cataméniales constituent des plaintes fréquentes. Entre 40 et 60 ans, à l'approche de la ménopause, les douleurs ostéo-articulaires deviennent prédominantes, affectant plus de 20 % des femmes.

Les douleurs dites nociplastiques - anciennement qualifiées de dysfonctionnelles - montrent une prévalence particulièrement élevée chez les femmes. Ce groupe inclut des pathologies comme la fibromyalgie, le syndrome du côlon irritable ou encore les cystites interstitielles, où la composante douloureuse persiste en l'absence de lésion organique connue identifiable.

Plusieurs facteurs expliquent ces différences entre hommes et femmes. Les hormones sexuelles, particulièrement les œstrogènes, jouent un rôle central. Leur fluctuation au cours du cycle menstruel et leur déclin à la ménopause modulent significativement la perception douloureuse. Cependant, l'explication ne se limite pas à la biologie. Des facteurs socioculturels profonds influencent également l'expérience de la douleur. Dès l'enfance, les filles intègrent différemment la douleur dans leur vécu corporel. Les dysménorrhées, touchant 70 à 90% des adolescentes, créent une familiarité précoce avec la douleur chronique, pouvant conduire à une banalisation problématique des symptômes.

Cette éducation à la douleur a des conséquences cliniques tangibles. L'errance diagnostique dans l'endométriose, qui atteint en moyenne sept ans, trouve en partie son origine dans cette normalisation inconsciente de la souffrance. Les études montrent par ailleurs que les souvenirs douloureux diffèrent selon le genre : alors que les hommes évoquent plutôt des traumatismes accidentels, les femmes se remémorent des douleurs plus intenses et plus intimes.

La recherche médicale peine encore à appréhender pleinement ces spécificités. Historiquement, les essais cliniques et les études précliniques ont majoritairement été conduits sur des sujets masculins. Bien que des directives récentes imposent désormais une meilleure représentation des femmes dans les protocoles de recherche, le retard accumulé persiste.

Comprendre et prendre en charge la douleur féminine dans toute sa complexité représente un enjeu majeur de santé publique. Cela nécessite une approche intégrative, combinant les connaissances biologiques, psychologiques et socioculturelles, pour offrir aux femmes une médecine réellement adaptée à leurs besoins spécifiques.

Chrystèle RUBOD DIT GUILLET, professeure de gynécologie obstétrique, CHU de Lille

L'endométriose constitue un problème majeur de santé publique. Bien que cette pathologie soit connue depuis longtemps par les sociétés savantes médicales, sa reconnaissance politique est récente, avec l'élaboration d'une Stratégie Nationale en 2022.

Sur le plan physiopathologique, l'endométriose se caractérise par la présence de cellules endométriales en dehors de l'utérus. Ces cellules peuvent migrer lors des règles vers la cavité abdominale via les trompes, affectant divers organes (systèmes gynécologique, urinaire ou digestif). La maladie ne devient symptomatique que dans certains cas, avec une prévalence estimée à 10% des femmes en âge de procréer, voire plus en raison des sous-diagnostics.

Les manifestations cliniques sont multiples : règles douloureuses (dysménorrhées) progressives, douleurs pelviennes chroniques, troubles urinaires ou digestifs (dysurie, hématurie, troubles du transit) et infertilité. Cette dernière manifestation concerne 25 % des femmes infertiles, selon les données épidémiologiques.

Le diagnostic repose sur trois piliers : un interrogatoire minutieux, un examen clinique complet et des examens d'imagerie (échographie pelvienne en première intention, IRM en seconde intention). Un test salivaire récent, présentant une sensibilité de 93 %, est en cours d'évaluation et viendra peut-être compléter l'arsenal diagnostique pour les cas où le doute diagnostique persiste malgré des investigations cliniques et radiologiques bien menées.

Malgré ces outils, l'errance diagnostique moyenne atteint sept ans. Plusieurs facteurs expliquent ce retard :

- la minimisation des symptômes par les patientes elles-mêmes et leur entourage ;
- des représentations sociales banalisant les douleurs menstruelles ;
- une formation médicale insuffisante jusqu'à récemment ;
- la réticence des femmes à évoquer leurs symptômes en milieu professionnel (97 % des cas) ;
- des symptômes de la maladie non spécifiques.

La prise en charge thérapeutique doit être adaptée à chaque situation. Le traitement hormonal constitue la prise en charge en première intention, visant à induire une aménorrhée. La chirurgie est réservée aux formes sévères ou résistantes aux traitements médicaux. Une approche multidisciplinaire incluant prise en charge algologique, psychologique, sexologique et soins de support est essentielle.

Concernant la fertilité, les stratégies varient selon la sévérité des lésions : tentatives de grossesses spontanées, procréation médicalement assistée ou chirurgie préalable. L'accompagnement précoce des couples est crucial pour optimiser les chances de grossesse.

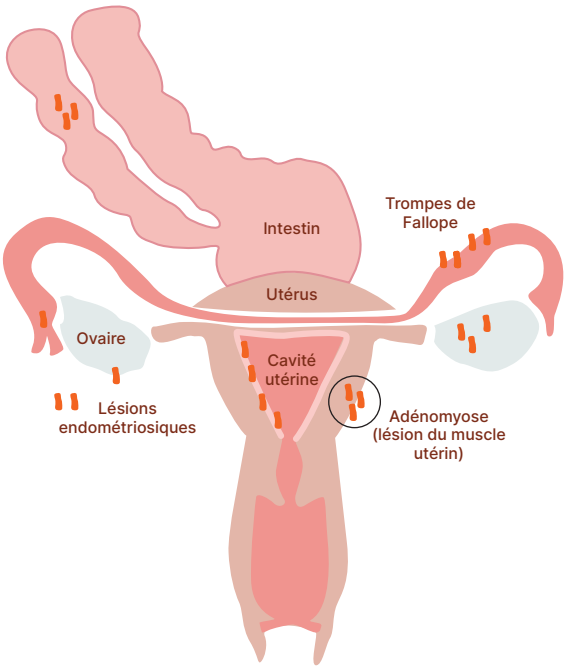
La Stratégie Nationale 2022 propose une organisation en filières graduées :

- niveau 1 : médecins généralistes, sage-femmes et gynécologues pour le diagnostic et le traitement initial ;
- niveau 2 : centres multidisciplinaires pour les cas complexes ;
- niveau 3 : centres experts pour les situations les plus sévères.

Comprendre l'endométriose

La localisation et la profondeur des lésions, le ressenti des douleurs, l'impact sur la qualité de vie, sont variables d'une femme à l'autre

1. Des fragments de la muqueuse utérine se retrouvent en dehors de l'utérus.
2. Ces fragments migrent vers les organes voisins et s'y greffent.
3. Réagissant également aux hormones, ces fragments d'endomètre saignent aussi dans le ventre à chaque menstruation.



Source : EndoFrance & ARS de Hauts-de-France 2020

Cette structuration vise à réduire les délais diagnostiques tout en optimisant l'accès aux soins sur l'ensemble du territoire, sans engorger les centres spécialisés. Elle s'accompagne d'un effort de formation des professionnels et de sensibilisation du public pour combattre les idées reçues sur cette pathologie.

En conclusion, l'endométriose constitue un problème majeur de santé publique et nécessite une approche globale, intégrant les dimensions médicales, psychologiques et sociales. La mise en œuvre effective de la Stratégie Nationale, associée aux avancées diagnostiques et thérapeutiques, devrait permettre d'améliorer significativement la qualité de vie des patientes.

DISCUSSION

La question de la douleur chez la femme présente des spécificités majeures qui nécessitent une attention particulière. Il existe un véritable stéréotype de genre concernant la perception et la prise en charge de la douleur. Les études démontrent que la douleur féminine est souvent sous-évaluée, à la fois par les patientes elles-mêmes et par le corps médical.

La prise en charge de la douleur chronique féminine doit reposer sur plusieurs principes fondamentaux :

1. Une approche médicale globale : le traitement ne peut se limiter à la prescription d'antalgiques, notamment d'opioïdes comme le tramadol. Bien que ces médicaments aient leur utilité dans certains cas, leur utilisation doit être mesurée. La France dispose d'une pharmacopée limitée pour la gestion de la douleur, ce qui rend d'autant plus importante la diversification des approches thérapeutiques.

2. L'intégration des médecines complémentaires : l'hypnothérapie, l'acupuncture, les techniques de relaxation ou encore l'aromathérapie, bien que difficiles à évaluer selon les standards de la médecine conventionnelle ont démontré leur intérêt dans certaines études. Ces approches présentent l'avantage de placer la patiente au centre de sa prise en charge. Elles permettent notamment de rompre l'isolement fréquemment ressenti par les femmes souffrant de douleurs chroniques.

3. Une prise en charge multidisciplinaire : comme le soulignent les différents intervenants, la douleur chronique nécessite une collaboration entre divers professionnels de santé : médecins, psychologues, kinésithérapeutes, etc. Cette approche est particulièrement pertinente pour des pathologies comme l'endométriose, où les dimensions physique, psychologique et sociale sont intimement liées.

Un point crucial concerne la formation des professionnels de santé. Si des progrès ont été réalisés ces dernières années (avec notamment l'introduction de modules spécifiques sur l'endométriose dans le cursus médical), des efforts restent à faire pour mieux reconnaître et prendre en charge la douleur féminine.

La question des différences genrées dans la réponse aux antalgiques reste par ailleurs largement méconnue. Les études sur ce sujet sont encore trop rares et peu concluantes. Les particularités hormonales, les interactions médicamenteuses plus fréquentes chez les femmes (notamment avec les antidépresseurs) ou encore les spécificités métaboliques, sont autant de facteurs qui pourraient influencer l'efficacité des traitements mais qui nécessitent des recherches approfondies.

Enfin, l'importance du rôle actif de la patiente dans sa prise en charge est unanimement soulignée. Certaines formes de psychothérapie ou les approches corporelles apparaissent particulièrement bénéfiques. Elles permettent de rompre avec la passivité souvent induite par les douleurs chroniques et de retrouver un sentiment de contrôle sur son corps et sa santé.

En conclusion, la prise en charge de la douleur chronique chez la femme doit s'inscrire dans une approche globale à la fois somatique et psychologique. Celle-ci repose sur les traitements conventionnels avec l'aide éventuel de médecines complémentaires, tout en tenant compte des spécificités genrées souvent négligées par la recherche médicale. Comme le rappellent les intervenants, "avoir mal n'est pas normal" et toute douleur persistante mérite une écoute attentive et une prise en charge adaptée.

2 Aspect médical et bien-être dans le traitement de la ménopause

Geneviève PLU-BUREAU, professeure, gynécologue médicale, cheffe de service Hôpital Cochin, AP-HP, Paris

La ménopause représente une transition physiologique majeure dans la vie des femmes, marquant la fin de la période reproductive. En France, près de 14 millions de femmes sont concernées par cette étape qui occupe environ un tiers de leur espérance de vie, actuellement estimée à 85 ans. Une prise en charge globale de cette période est particulièrement importante.

La périménopause, phase précédant la ménopause, se manifeste par une irrégularité des cycles menstruels et l'apparition des premiers symptômes climatériques. Les études françaises montrent que jusqu'à 93 % des femmes auront des manifestations d'intensité variable lors de cette transition. Les bouffées de chaleur nocturnes touchent environ 60 à 80 % des femmes, souvent accompagnées de troubles du sommeil et de modifications de l'humeur pouvant aller jusqu'à la dépression. La sécheresse vaginale et les troubles génito-urinaires apparaissent systématiquement à court et moyen terme. Enfin le quatrième symptôme cardinal du syndrome climatérique sont des douleurs articulaires.

Sur le plan de la santé publique, la ménopause s'accompagne de risques spécifiques nécessitant une vigilance accrue. Les pathologies cardiovasculaires constituent la première cause de mortalité féminine en France des femmes ménopausées, avec un risque quatre fois plus élevé que celui du cancer du sein. La perte osseuse accélérée expose à un risque accru d'ostéoporose et de fractures. Les impacts potentiels sur les fonctions cognitives et le développement de pathologies neurodégénératives font également l'objet d'une attention particulière, tout comme la gestion des cancers hormono-dépendants.

Le traitement hormonal de la ménopause, selon l'approche française utilisant des œstrogènes par voie transdermique associés à de la progestérone naturelle, présente un profil bénéfice/risque particulièrement favorable. Cette méthode démontre une neutralité sur le risque thromboembolique contrairement aux formes orales, tout en offrant une réduction du risque cardiovasculaire lorsque initié tôt après le début de la ménopause (moins de 10 ans). Elle montre également un effet protecteur contre certains cancers, notamment colorectal, tout en assurant un contrôle optimal des symptômes climatériques.

Pour les contre-indications au traitement hormonal, comme les antécédents de cancer du sein, des alternatives thérapeutiques existent. Les approches non médicamenteuses telles que l'acupuncture ou l'hypnose offrent des solutions complémentaires, tandis que l'adaptation du mode de vie et les traitements symptomatiques permettent de soulager les manifestations les plus gênantes.

Plusieurs défis persistent dans la prise en charge de la ménopause en France. Le manque d'information explique que seulement 2,5 % des femmes françaises ont acheté un traitement hormonal en 2024. La formation des professionnels de santé nécessite une meilleure diffusion des recommandations élaborées par le GEMVI (Groupe d'étude de la ménopause et du vieillissement) et le CNGOF (collège national des gynécologues et obstétriciens français). L'absence de bilan systématique des risques cardiovasculaires et osseux constitue une lacune importante, tout comme les représentations sociales qui minimisent les symptômes tout en surévaluant les risques carcinologiques.

La création de consultations dédiées en périménopause ainsi qu'une consultation longue ménopause à l'instar de la consultation longue contraception pourraient répondre à ces enjeux. Une telle approche permettrait d'informer complètement les patientes, de dépister précocement les facteurs de risque, d'adopter une approche préventive personnalisée et d'améliorer significativement la qualité de vie pendant cette transition.

DISCUSSION

La durée optimale du traitement hormonal de la ménopause (THM) fait l'objet d'une évaluation continue de la balance bénéfice/risque. Les recommandations internationales les plus récentes, notamment nord-américaines (2022), ont intégré les spécificités de l'approche française après vingt ans de recul. Ces directives établissent qu'en l'absence de facteurs de risque cardiovasculaire, osseux ou carcinologique, et sous réserve d'une utilisation d'œstrogène par voie transdermique associés à de la progestérone naturelle, le traitement peut être poursuivi après 60 ans avec une réévaluation annuelle.

La question de l'arrêt du traitement se pose différemment selon les situations cliniques. Pour les 15 à 20 % de femmes ne présentant pas de symptômes climatériques marqués, la décision thérapeutique repose sur une évaluation globale des risques individuels. Lorsque les bilans cardiovasculaire et osseux sont satisfaisants, une simple surveillance peut être proposée. En revanche, en cas d'ostéopénie ou d'autres facteurs de risque, l'indication du THM peut être reconsidérée dans une optique préventive.

Les femmes atteintes d'endométriose posent des défis thérapeutiques particuliers lors de la ménopause, qu'elle soit naturelle ou iatrogène. Les études récentes mettent en lumière les risques accrus de pathologies neurodégénératives après ovariectomie précoce (> 45 ans), soulignant l'importance d'une prise en charge hormonale adaptée. Dans ces cas spécifiques, les cliniciens privilégient des doses réduites d'œstrogènes associées systématiquement à de la progestérone, afin de prévenir toute réactivation de foyers endométriosiques résiduels tout en minimisant les effets indésirables.

L'expérience clinique démontre que certaines patientes ont une hypersensibilité aux œstrogènes nécessitant des ajustements posologiques minutieux. Pour les cas d'intolérance avérée, les alternatives non hormonales (acupuncture, phytothérapie, modifications hygiéno-diététiques) trouvent toute leur place dans l'arsenal thérapeutique.

Ces éléments confirment le caractère éminemment personnalisé de la prise en charge de la ménopause, qui doit intégrer non seulement les symptômes immédiats mais aussi les risques à long terme et les spécificités de chaque parcours médical. La ménopause mériterait, à ce titre, d'être reconnue comme une priorité de santé publique au même titre que l'endométriose, comme le suggère l'initiative parlementaire récente confiée à la députée Stéphanie RIST dont le rapport vient d'être publié. Une meilleure information des femmes et des professionnels de santé, associée à une amélioration de l'accès aux traitements adaptés, constituerait des leviers majeurs pour optimiser la qualité de vie des femmes durant cette période charnière.

3 Le rôle central des sage-femmes dans la santé des femmes

Eléonore BLEUZEN-HER, sage-femme libérale et présidente du CNSF (Collège National des Sage-Femmes de France

Les sage-femmes disposent désormais d'un champ d'action étendu bien au-delà de l'obstétrique traditionnelle, couvrant désormais la gynécologie, l'interruption volontaire de grossesse (médicamenteuse et chirurgicale), la vaccination et divers domaines spécialisés comme l'échographie, l'endométriose et la fertilité.

Leur exercice professionnel connaît une diversification notable, avec près de 30 % d'entre elles pratiquant désormais en libéral. Cette évolution favorise un accès facilité aux soins pour les femmes, particulièrement dans le cadre du premier recours. Cependant, leur présence demeure essentielle en milieu hospitalier, notamment dans les salles de naissance.

Les sage-femmes assument aujourd'hui des responsabilités majeures dans le système de santé :

- prise en charge d'environ 40 % des suivis de grossesse ;
- réalisation des échographies de dépistage obstétrical ;
- pratique des IVG médicamenteuses ;
- activités de prévention et de dépistage.

La formation continue et le travail en équipe pluriprofessionnelle, véritable ADN de la profession, sont essentiels. Cette collaboration intègre non seulement les médecins (gynécologues, pédiatres) mais aussi les psychologues et les travailleurs sociaux, permettant une approche globale de la santé féminine.

L'éducation des femmes à la connaissance de leur corps, la prise en compte des déterminants sociaux de santé, l'importance des mesures hygiéno-diététiques (activité physique, nutrition), la nécessaire reconnaissance de la douleur féminine sont des éléments essentiels à prendre en compte.

Le dispositif récent de "sage-femme référente" pour les grossesses illustre cette dynamique, favorisant une meilleure coordination entre professionnels.

Les jeunes générations de sage-femmes manifestent un intérêt marqué pour cet exercice collaboratif, hérité de leur formation initiale qui intègre d'emblée cette dimension pluriprofessionnelle. Cependant, la valorisation du temps consacré à cette coordination interprofessionnelle reste un enjeu important à adresser.

DISCUSSION

La discussion a souligné l'importance de la complémentarité entre les différentes professions médicales face aux transformations actuelles du paysage de santé. Avec seulement 11 à 12 nouveaux gynécologues médicaux formés chaque année en région parisienne, le rôle des sage-femmes devient primordial dans le premier recours, tout en maintenant un lien essentiel avec les centres experts spécialisés.

Les échanges ont montré qu'il est important de rechercher systématiquement des causes organiques comme les cystites interstitielles ou d'autres pathologies gynécologiques face à une douleur gynécologique. Cependant, lorsque ces causes sont écartées, la dimension psychosomatique ne doit pas être négligée. Les participants ont également alerté sur l'interprétation prudente requise face à des découvertes fortuites, telles que des endométrioses asymptomatiques.

Concernant la ménopause, les discussions ont souligné l'importance d'une approche préventive, particulièrement pour les risques cardiovasculaires et osseux. Une meilleure information des femmes sur cette transition hormonale et la proposition de traitements hormonaux personnalisés selon une balance bénéfice/risque rigoureuse ont été identifiées comme des priorités.

En conclusion, trois axes stratégiques se dégagent pour améliorer la santé des femmes. Premièrement, il convient de combattre les stéréotypes de genre qui influencent encore trop souvent l'évaluation et la prise en charge de la douleur. Deuxièmement, le développement d'une véritable multidisciplinarité intégrant médecins, sage-femmes et paramédicaux doit être encouragé. Enfin, le renforcement de la prévention et du suivi des femmes ménopausées apparaît comme une nécessité.

PISTES D'ACTIONS POUR LA SANTÉ DES FEMMES ADULTES

Les politiques, les décideurs publics, les acteurs de la recherche, les professionnels de santé, leurs enseignants, les personnels de l'éducation nationale, les médias, le grand public sont tous des acteurs de la santé des femmes, quel que soit leur sexe. Une synthèse des éléments clés qui se dégagent de ces conférences est proposée ci-dessous. Par souci de simplification, ils sont regroupés autour de trois principaux publics : décideurs publics, professionnels de santé, grand public.

Messages clés à destination des décideurs publics

- Prioriser une approche globale de la santé féminine en développant des politiques publiques intégrant dimensions médicales, psychologiques et sociales, notamment pour l'endométriose et la ménopause.
- Financer la recherche et combler le retard historique des études sur la douleur féminine et les effets différenciés des traitements chez les femmes.
- Étendre le modèle des centres experts (endométriose) à la gynécologie médicale et à la ménopause, avec un financement dédié.
- Garantir un accès équitable aux traitements hormonaux de la ménopause et aux consultations pluridisciplinaires.

Messages clés à destination des professionnels de santé

- Adopter une écoute holistique : intégrer systématiquement l'histoire psychosociale des patientes dans l'évaluation de la douleur chronique.
- Se former aux spécificités féminines : maîtriser les protocoles actualisés pour ménopause (THM transdermique) et les outils diagnostiques de l'endométriose.
- Pratiquer la multidisciplinarité en collaborant avec psychologues, kinésithérapeutes et sage-femmes pour une prise en charge globale.
- Être attentif à ne pas banaliser la douleur chronique : interroger toute douleur pelvienne persistante et investiguer rapidement pour réduire l'errance diagnostique (7 ans en moyenne pour l'endométriose).
- Éduquer les patientes : expliquer les bénéfices/risques des traitements (THM, alternatives non hormonales).
- Renforcer la coordination entre les différents professionnels de santé avec une approche collaborative afin d'assurer un suivi global et continu des patientes et impliquer les sage-femmes dans le suivi gynécologique.

Messages clés à destination du grand public

- « Ne normalisez pas la douleur » : des règles douloureuses ou des symptômes persistants (ménopause, douleurs pelviennes) nécessitent une consultation médicale.
- Solliciter une écoute globale : le vécu émotionnel et social doit être pris en compte dans le parcours de soins.
- S'informer sur la ménopause : 14 millions de Françaises sont concernées. Discuter des traitements hormonaux et des alternatives avec son médecin.
- Briser les tabous : parler ouvertement de ses symptômes gynécologiques pour accélérer le diagnostic (douleurs, sécheresse vaginale...).
- Consulter les professionnels de santé de premiers recours, dont les sage-femmes dont le champ d'action va au-delà de la grossesse (IVG, suivi gynécologique, vaccination).
- Explorer les médecines complémentaires (hypnose, acupuncture) et adopter des modes de vie préventifs (activité physique, nutrition).

SANTÉ DES FEMMES AU FIL DES ÂGES > LE GRAND ÂGE

La santé et les besoins en soins des personnes de grand âge diffèrent selon le genre. On retrouve en particulier des différences en termes d'espérance de vie, notamment en bonne santé et de prévalences de certains syndromes gériatriques ou de pathologies chroniques.

Cette conférence aborde également la question du rôle traditionnel de soignante que continue d'assumer tant de femmes âgées, avec leur propre besoin de reconnaissance et d'épanouissement.

PROGRAMME ET INTERVENANTS

Introduction

- **Jean-Pierre MICHEL**, Professeur émérite de gériatrie, faculté de médecine de Genève

Interventions

1. **Femmes âgées aimantes et soignantes**
   Catherine BERGERET-AMSELEK, Psychanalyste, membre de la Société de Psychanalyse Freudienne
2. **Femmes âgées et reconstruction d'une autre vie**
   Danielle RAPOPORT, Psychosociologue, spécialiste des sciences humaines et experte des questions liées au vieillissement
3. **Femmes âgées invisibles**
   Michel BILLÉ, Sociologue, membre du Conseil scientifique sciences humaines de France Alzheimer

INTRODUCTION

- **Jean-Pierre MICHEL**, Professeur émérite de gériatrie, faculté de médecine de Genève

La question du vieillissement ne se résume pas au chiffre de l'âge. Ce qui prévaut, c'est l'époque à laquelle on vit et la manière dont la société perçoit ceux qui avancent en années. Cette évolution apparaît nettement lorsqu'on compare trois clichés de concours de grand-mères, pris en 1946, 1985 et 2017. Pourtant, toutes sont des grand-mères. Comment expliquer une telle métamorphose ?

L'une des réponses tient dans un progrès silencieux mais fondamental : en l'espace de quatre-vingts ans, les femmes ont vingt années de vie supplémentaires. Aujourd'hui, une française peut espérer vivre jusqu'à quatre-vingt-cinq ans, et celle qui part à la retraite dispose encore, en moyenne, de vingt-trois années devant elle. Une longévité qui doit autant à la médecine et à l'hygiène qu'aux choix individuels. Mais cette évolution ne repose pas uniquement sur des avancées scientifiques. L'environnement global, les conditions de vie, les normes sociales jouent un rôle tout aussi déterminant.

Le vieillissement est en réalité une interaction constante entre deux phénomènes. D'un côté, notre corps, notre santé, notre histoire personnelle ; de l'autre, le monde qui nous entoure : les progrès technologiques, le soutien des proches, les inégalités socio-économiques. C'est cette alchimie, toujours unique, qui façonne chaque parcours.

Le témoignage de Nicole en est une illustration frappante. À soixante-dix-huit ans, cette parisienne du 11e arrondissement, a un rituel immuable : chaque matin, elle prend son café dans le même bar. Pourquoi ? Parce que, dit-elle, *« s'il m'arrive quelque chose, il faut bien que quelqu'un le sache »*. Une phrase simple, qui en dit long sur la solitude et l'angoisse sourde pouvant accompagner l'avancée en âge.

Mais Nicole, comme elle l'a elle-même expliqué, ne se réduit pas à cette femme vieillissante. Pour comprendre qui elle est aujourd'hui, il faut revenir sur son passé. Son enfance, ses rêves, ses épreuves ; un mariage, puis un divorce ; une carrière professionnelle, avec ses satisfactions et ses frustrations ; la ménopause, avec son cortège de bouleversements physiques et psychologiques.

La retraite, souvent synonyme de précarité financière ; les deuils successifs, qui érodent peu à peu le cercle des proches. Autant d'étapes qui, ensemble, ont tracé le chemin vers la Nicole d'aujourd'hui.

Cette trajectoire rappelle une évidence trop souvent oubliée : on ne devient pas une personne âgée par hasard. On le devient à travers tout ce que l'on a vécu. L'âge n'est qu'un élément parmi d'autres. Bien plus déterminants sont les choix de société, les conditions de vie, les hasards de l'existence.

C'est cette complexité qui est exploré dans cette conférence. Après avoir étudié la maladie, il est temps d'aborder les dimensions sociales, économiques et psychologiques du vieillissement. Car c'est seulement en les comprenant toutes que l'on pourra accompagner dignement celles et ceux qui avancent en âge.

INTERVENTIONS

1 Femmes âgées aimantes et soignantes

Catherine BERGERET-AMSELEK, psychanalyste, membre de la Société de Psychanalyse Freudienne

À quel âge est-on vieux ? Le vieillissement n'est pas linéaire et ne survient pas au même moment pour tous. Si 80 % des personnes âgées vivent en relative bonne santé, elles demeurent confrontées à une forme d'âgisme, où il est de bon ton de ne pas « faire son âge », mais où l'on réfléchit peu à ce que signifie vieillir en accord d'âge en accordage avec soi-même ?

L'existence humaine peut être pensée comme une suite de métamorphoses et de renaissances successives, cela jusqu'à notre dernier souffle. En effet, chaque grande étape de la vie, depuis l'enfance jusqu'à la vieillesse, impose un processus de remaniement identitaire. Il en est ainsi depuis notre naissance, à notre adolescence, lors de notre parentalité naissante, de notre maturescence (au milieu de la vie), puis, à partir de 70 ans : c'est le début de la « sénescence », qu'il est possible d'écrire : « c'est naissance ».

Chacune de ces étapes-clé implique un changement radical de rapport au corps et au temps. Dès la ménopause, les femmes quittent un calendrier intime, sur lequel étaient inscris la date de leurs règles, de leurs grossesses, des retours de couches, des IVG parfois, voire des fausses couches. Elles sont alors propulsées dans un seul et unique cycle unique qui se terminera par leur mort. Ce bouleversement dans le temps déclenche un travail psychique profond pouvant être accentué par les événements de la vie, séparations, deuils, départ des enfants, problèmes de santé, vieillissement ou mort des parents. Soudain, le temps passe plus vite au moment où on a l'impression d'avancer plus lentement. La rencontre avec un psychanalyste permet de traverser cette véritable crise identitaire pour continuer de grandir et ressaisir un fil conducteur qui menaçait d'être rompu par toutes ces turbulences émotionnelles. Il est important de comprendre que le vieillissement met en jeu à la fois la vie intérieure mais aussi la vie sociale.

Aujourd'hui de nombreuses femmes deviennent des « aidantes familiales », s'occupant de parents très âgés, voire de conjoints malades, et de leurs petits-enfants.

Devenir aidante peut faire revivre des corps à corps avec la personne que l'on soutient qui renvoient aux tous premiers contacts charnels que nous-même avons eu avec nos enfants-bébés et nous même bébés avec notre mère, ce qui peut faire ressurgir de fortes émotions enfouies dans notre mémoire du corps. Par ailleurs il faut savoir sentir ses limites et prendre du recul pour ne pas confondre les places et tomber dans la toute-puissance. Prendre des répits est aussi primordial car, c'est bien connu, l'aidant finit par être plus épuisé que celui qu'on aide. Amis, soignants, médecin de famille, profs de sport, autant de petits tuteurs de résilience pour nous permettre de tenir face à une situation critique. A partir de la ménopause, il faut aussi penser à prendre soin de sa peau, de son périnée pour prévenir les incontinences du grand âge, et à partir de 75 ans, il faudra aussi équiper sa maison, cela ne fait pas vieillir plus vite, et permet d'éviter les chutes, premier risque quand l'équilibre est moins bon. De nombreux tabous sont à briser, notamment celui des amours âgées. Après 70 ans le désir sexuel et la capacité de tomber amoureux peuvent perdurer, ainsi certaines vivent de nouvelles histoires d'amour, même parfois très tard. Il ne s'agit plus d'une sexualité de la performance mais d'une sexualité plus sensorielle et sensuelle, plus archaïque en somme.

Le psychanalyste WINNICOTT écrivait que « *l'absence de maladie c'est peut-être la santé mais ce n'est pas la vie* ». La vie, c'est la capacité à éprouver, à aimer, à se transformer et aussi à vivre la douleur pour la dépasser. Même les personnes atteintes de pathologies lourdes comme Alzheimer restent des sujets vivants La mémoire peut disparaitre, mais le contact avec le réel demeure.

Aujourd'hui on vit plus longtemps donc la vieillesse est plus longue et donne l'occasion de poursuivre une croissance spirituelle à condition de bénéficier d'un environnement facilitant cette évolution, ce qui n'est pas donné à tout le monde.

DISCUSSION

La charge mentale et physique spécifique qui repose sur les femmes âgées, souvent amenées à s'occuper de plusieurs générations à la fois, est soulignée : parents très âgés, conjoints, petits-enfants. Cette charge, rarement assumée par les hommes, fait des femmes des piliers du lien familial.

Cette asymétrie confirmée par Catherine BERGERET-AMSELEK, est à la fois culturelle et structurelle, avec un féminin tourné vers l'intérieur, vers l'accueil et le soin, à la fois biologiquement et socialement façonné. Les hommes, d'avantage tournés vers l'extérieur, peinent parfois à s'impliquer dans les soins intimes. Les femmes sont souvent seules à gérer les soins corporels de proches dépendants, fréquemment dans la solitude et la fatigue.

Cette charge psychique met à mal l'être tout entier, notamment lorsque les enfants adultes deviennent eux-mêmes sources de tensions. Les femmes âgées, en plus de tout, portent parfois les conflits non résolus de leurs descendants, sans médiation possible, parfois même agressées par leurs propres enfants.

S'autoriser à penser à elles, à prendre du répit sans culpabilité, s'occuper de soi sont un préalable au soin juste de l'autre. Elle rappelle que la psychanalyse n'est qu'une voie parmi d'autres : yoga, méditation, accompagnement corporel comme l'haptonomie sont aussi des ressources. Mais ce qui est important et restaurateur, c'est d'avoir l'occasion à travers des contacts amicaux ou amoureux d'être touchée et regardée, cela peut être à travers des soins esthétiques, tout ce qui touche aux soins corporels.

Élisabeth ELEFANT rappelle que les femmes âgées supportent fréquemment une double peine : la pathologie physique (ostéo-articulaire, métabolique, cardiovasculaire) qu'elles sous-estiment ou négligent, et la continuité de leur rôle d'aidante qui les pousse souvent à retarder ou renoncer à leurs propres soins, ce qui aggrave leur état.

Encourager ces femmes à sortir de leur isolement, à participer à la vie associative, à reprendre possession de leur corps, à faire du sport, à renouer avec une vie sociale. Prendre du temps pour soi, c'est se réarmer pour mieux aider ensuite.

Mais ces situations ne sont pas exclusivement féminines. Dans les configurations inversées, les dynamiques d'attachement, de fusion, d'aspiration existent aussi. Il est important de ne pas genrer excessivement les représentations, tout en reconnaissant la tendance dominante actuelle.

Le rôle des liens familiaux dans le bien vieillir est questionné. Selon Catherine BERGERET -AMSELEK, ils peuvent être puissamment soutenants, à condition d'être harmonieux. Mais la famille peut aussi devenir un lieu de tension, voire de violence symbolique, surtout lors de deuils ou d'enjeux successoraux. La qualité des liens, plus que leur seule existence, est essentielle.

Il est important de poser des limites affectives, y compris face à des proches en souffrance, à l'inverse de l'exemple d'une femme âgée qui refuse de partir en séjour de répit pour ne pas contrarier son conjoint malade. Affirmer son besoin de repos, comme on le ferait face à un enfant. Être dans l'amour, ce n'est pas s'y dissoudre.

En écho, Elisabeth ELEFANT insiste sur ce « droit au répit » comme levier de résilience. Les femmes doivent être encouragées à se ressourcer, à créer du lien social au-delà du cadre familial, à penser leur vie comme encore vivantes, actives, singulières.

2 – Femmes âgées et reconstruction d'une autre vie

Danielle RAPOPORT, psychosociologue, spécialiste des sciences humaines et experte des questions liées au vieillissement. Auteure de l'essai « L'aventure au coin de la ride » chez ERES

La réflexion s'inscrit dans la continuité de l'ouvrage « L'aventure au coin de la ride », de Danielle RAPOPORT. Un principe fort est posé : le vieillissement est un processus, une aventure de soi et de son devenir, et non un état figé par la contrainte sociale et individuelle.

L'expression : « Il est interdit d'être vieux », différente de « vieillir », illustre une représentation sociale figée du vieillissement, une identification délétère à son âge. Les femmes y perdent la reconnaissance de leur corps, de leur capacité de séduction, de leur liberté d'être qui elles sont ; le questionnement identitaire nourrit des peurs : peur de ne plus être utile, de ne plus être visible, peur de l'avenir incertain, de la solitude et de la dépendance.

La reconstruction de soi passe alors par une capacité à se réinventer, mais également par la reconnaissance et le regard social. Ce n'est qu'à travers le regard de l'autre, qu'il soit familial, professionnel, ou soignant, qu'un sujet âgé peut retrouver une place, une utilité, une continuité de soi et une projection positive dans « les années » qui restent. L'estime de soi se relie au contexte et à l'acceptation de l'autre, par une enveloppe affective et une insertion au monde.

La vulnérabilité, récurrente chez tous mais majeure dans le sentiment de perte, est pourtant un levier, une faille féconde, permettant à l'autre d'entrer en relation juste avec soi, dans le respect et la reconnaissance mutuelle.

C'est par cette faille que l'aventure du vieillissement peut puiser sa force. Être vulnérable n'est pas perdre, mais gagner en humanité.

La sensorialité est ici essentielle, le goût des aliments, la saveur et le savoir que l'on ressent et que le plaisir se lie à une connaissance des mets – ce qui n'est pas toujours le cas dans les cantines des maisons de retraites et autres résidences collectives. Et aussi la place de la caresse – au sens lévinassien – comme espace relationnel respectueux, subtil, essentiel. La caresse est une affaire de soi à soi, à son intimité, une caresse intérieure, elle implique que les femmes s'accordent douceur, estime, respect, La caresse est aussi un rapport au corps où l'autre est essentiel...Et il ne s'agit pas que de maternité ou grand-parentalité, rôle dans lequel les femmes ne se reconnaissent pas totalement ! De plus, il existe encore une invisibilisation des femmes sans enfants, qui questionnent pourtant le sens de l'avenir et leur place dans un monde où la maternité reste un repère identitaire et social dominant.

Le rapport au temps est fondamental. Il change, les rythmes changent et ralentissent, ou s'investissent différemment. Beaucoup, par peur du vide, du déracinement social, s'engagent frénétiquement dans des activités sans pause ni sens, avec les pièges du remplissage compulsif de l'agenda post-retraite. Le temps, les rythmes choisis, questionnent le sens donné à ces années qui s'ouvrent. À quels projets ? quelles métamorphoses ? quelles rencontres ?

La reconstruction de soi n'est pas une obligation de performance, une course à un idéal physique et psychique de soi. Elle peut prendre des formes multiples, y compris dans le lien intergénérationnel, dans la transmission, dans le soin, dans le geste du quotidien – comme la cuisine, reliée à la mémoire, à la saveur, au goût du monde. Relativisation et questionnement sont essentiels.

La « fin de vie », selon le sens que l'on aura donné à son aventure du vieillissement, n'est pas un moment lié à l'âge, mais surtout à la dernière seconde de lucidité, au moment où l'on peut dire : « j'ai compris » ou « je n'ai pas tout compris, mais j'ai vécu... ».

DISCUSSION

Comment les modèles sociaux coercitifs empêchent ou freinent la reconstruction individuelle, notamment chez les femmes âgées ?

Danielle RAPOPORT confirme que certaines femmes, issues de générations non encore touchées par les révolutions féministes, vivent un vieillissement contraint ou fataliste. Mais elle rappelle que les générations futures, plus libres dans leurs trajectoires, pourront probablement créer d'autres formes de reconstruction. Sachant aussi que les générations post 68 savent ce qu'est l'autonomie et le désir, et peuvent être pionnières d'un vieillissement plus innovant et audacieux !

Il faut désormais agir, sur soi, sur sa santé, sur son avenir, contre l'âgisme ambiant, contre les stéréotypes, mais aussi contre les inégalités sociales dans le vieillissement. Toutes ne vieillissent pas de la même façon. Le marketing de la longévité, rajoute-t'elle, s'adresse surtout aux personnes âgées plus riches financièrement et culturellement. Leur dynamisme physique, intellectuel leur permet des gestes de soin favorisants. Les autres, elles aussi invisibilisées, absentes d'une réalité moins glorieuse, ne sont pas la cible. Ce marketing est aujourd'hui très présent mais discriminant : à 70 ans, il cesse d'être inclusif. La mode, les cosmétiques, les médias s'arrêtent à la frontière floue entre les « jeunes seniors » et les « vieilles ».

Le décalage ressenti entre l'âge réel et l'âge subjectif est évoqué. Beaucoup de personnes âgées se sentent plus jeunes qu'elles ne le sont en réalité – un décalage que la biologie elle-même a objectivé. D'une dizaine ou d'une vingtaine d'années.

Danielle RAPOPORT parle d'un être en devenir, même à 80 ou 90 ans. Une revendication qui est moins identitaire qu'une posture existentielle.

Une autre question aborde le faible engagement des femmes âgées dans le bénévolat associatif ou les structures comme l'Académie nationale de médecine.

Les hommes semblent plus enclins à s'investir dans une forme de prolongement pseudo-professionnel. Selon Danielle Rapoport, les femmes investissent d'autres sphères, là encore selon leur statut social et culturel : le soin de soi et des autres, la sphère intime, corporelle, culturelle. Et surtout, beaucoup donnent d'elles-mêmes dans des formes non reconnues d'engagement : l'aide aux proches, le soutien familial, la présence auprès des petits-enfants, etc. Ce type de bénévolat, ces actions contributives sont porteuses d'ambiguïté : non reconnues, non protégées, non valorisées, alors même qu'elles reposent souvent sur un engagement constant et nécessaire à la société.

Selon une participante dermatologue, le jeunisme peut être vécu de l'intérieur : cette souffrance que ressentent certaines femmes âgées entre leur vitalité psychique et l'image corporelle qu'elles perçoivent. Les sens comme le goût, l'odorat et le toucher persistent bien plus longtemps que la vue ou l'ouïe, et il est essentiel de continuer à les stimuler, y compris dans les établissements médico-sociaux. Les flacons de lavande « pour mamies », ne correspondent en rien à leur histoire sensorielle.

Selon Danielle RAPOPORT, le jeunisme est aussi relié à la notion de présentisme, ce temps vécu dans l'immédiateté encouragée par les réseaux sociaux, l'IA, la société de l'instant et de l'urgence. Mais les jeunes sont également pris dans le tourbillon et le mimétisme du jeunisme et de la pression de l'image souvent très violente, dont l'augmentation des opérations de médecine et de chirurgie esthétique dès 18 ans.

Elle prône une réconciliation entre passé, présent et capacité de futurisation.

Un regard doux, une cohérence entre l'intérieur et l'extérieur, sont importants comme l'évoque Catherine BERGERET-AMZELEK, en retrouvant une forme d'harmonie entre ce que l'on est et ce que l'on voit qui peut justifier de légères interventions esthétiques, à condition qu'elles soient respectueuses de l'identité.

Le visage est un miroir de l'être, espace de reconnaissance et de vulnérabilité. Toute transformation doit donc être pensée dans le respect de l'image de soi.

3 Femmes âgées invisibles

Michel BILLÉ, sociologue,
membre du Conseil scientifique sciences humaines de France Alzheimer

Nous sommes aujourd'hui dans une société paradoxale dans laquelle nous avons enfin la possibilité de vieillir, mais où cette chance est souvent regardée comme une quasi-catastrophe. Pour les femmes en particulier, la longévité se double d'une injonction d'invisibilité. L'expression même de « bénéfice d'espérance de vie » pour les femmes questionne. En réalité, ce prétendu avantage les conduit à vivre plus souvent seules, veuves, isolées, dans un monde qui ne valorise ni leur présence ni leur vécu.

On parle de « grand vieillard » avec respect pour un homme, mais jamais de « vieillarde » pour une femme. Cette absence sémantique témoigne de l'invisibilisation des femmes âgées. Leur vieillissement est perçu tantôt comme un problème, tantôt comme une maladie, voire comme un délit.

La vie est aujourd'hui découpée en segments médicalisés. Chaque âge devient un champ d'intervention spécifique : gynécologie, pédiatrie, psychiatrie, médecine du travail, gériatrie sans oublier l'apparition de la médecine anti-âge (onze diplômes universitaires recensés en France). L'âge devient une maladie à éradiquer. L'idée implicite est que les personnes âgées deviennent un poids pour la société, au point d'en être rendues coupables comme cette femme en EHPAD, après une plaisanterie sur son goût pour les hommes plus jeunes : *« Ce n'est quand même pas de ma faute si je ne suis pas encore morte. »* La culpabilité d'être encore en vie, alors que l'on coûte à la collectivité, illustre la violence intériorisée par ces femmes.

En résumé *« Nous avons le droit de vieillir... à condition de rester jeunes »*. Cette tyrannie du bien vieillir imprègne nos lois, nos discours, nos représentations. La loi du 8 avril 2024 sur « la société du bien vieillir et de l'autonomie » est symptomatique de cette obsession hygiéniste, normalisante, où le vieillissement devient une menace à juguler.

Face à cette peur sociale – peur de vieillir, peur de la mort – une vision paradoxale de la vieillesse émerge : vieillir nous rapproche de la mort, mais en même temps, vieillir nous en sépare encore. Ce temps restant est un espace de vie possible, de sens, à condition d'être accompagné dignement.

La tentation du désespoir, résumée par la formule « à quoi bon ? », pousse certains jusqu'à vouloir mourir aujourd'hui pour ne pas avoir à mourir demain.

Les femmes sont exposées à des injonctions genrées : *« Sois belle et tais-toi »* pendant toute leur vie. Vieillissantes, ces femmes sont sommées de se taire, de ne pas se montrer, d'entrer en institution, d'être « placées ». La surveillance prend le pas sur la vigilance bienveillante.

Une hypothèse difficile, mais nécessaire à formuler, est que certaines maladies dites neuro évolutives pourraient être interprétées – symboliquement – comme une manière de mourir vivante. Une disparition lente, socialement acceptée, dans un monde où être visible et lucide serait plus douloureux encore.

Il s'agit donc de soutenir les femmes qui prennent la parole, de refuser les représentations mortifères assignées aux femmes âgées, de leur offrir des lieux d'expression, de présence, de visibilité.

CONCLUSION

La place des sciences humaines et sociales dans ce cycle consacré à la santé des femmes est précieuse pour enrichir une vision souvent exclusivement biomédicale souligne le Dr Elisabeth ELEFANT.

Pour conclure, une citation de Laure ADLER, tonique, libératrice : *« Je suis vieille et je vous emmerde »* qui manifeste une femme pleinement assumée dans sa vieillesse, et qui refuse le travestissement, une liberté de ton et de position encore rare, mais essentielle pour faire évoluer les représentations et la place des femmes dans la société.

L'invisibilité des femmes est largement culturelle, liée à des rapports au pouvoir encore profondément genrés. La légitimité des femmes à s'exprimer, à être vues, à occuper des fonctions, reste entravée. Cela se vérifie dans de nombreuses sphères d'engagement.

Les problèmes somatiques liés au vieillissement féminin ne doivent pas être oubliés : incontinence, prolapsus, douleurs locomotrices… Ces atteintes participent aussi à l'invisibilisation, en poussant les femmes à se cacher dans une société qui ne valorise ni leur corps, ni leur expérience.

PISTES D'ACTIONS POUR LA SANTÉ DES FEMMES ÂGÉES

Les politiques, les décideurs publics, les acteurs de la recherche, les professionnels de santé, leurs enseignants, les personnels de l'éducation nationale, les médias, le grand public sont tous des acteurs de la santé des femmes, quel que soit leur sexe. Une synthèse des éléments clés qui se dégagent de ces conférences est proposée ci-dessous. Par souci de simplification, ils sont regroupés autour de trois principaux publics : décideurs publics, professionnels de santé, grand public.

Messages clés à destination des décideurs publics

- Le vieillissement dépasse le chiffre de l'âge : adapter les politiques pour inclure les dimensions sociales, économiques et psychologiques et mieux répondre aux vulnérabilités économiques et sociales spécifiques des femmes âgées.
- Lutter activement contre l'âgisme et les stéréotypes genrés liés au vieillissement des femmes.
- Valoriser socialement et économiquement le rôle essentiel des femmes âgées comme aidantes familiales.
- Garantir le droit au répit et renforcer les structures d'accompagnement afin d'éviter l'épuisement des femmes âgées aidantes.
- Favoriser la reconnaissance sociale et la visibilité des femmes âgées, notamment à travers la participation associative et citoyenne.

Messages clés à destination des professionnels de santé

- Le vieillissement féminin doit être appréhendé comme une étape dynamique, marquée par des transformations psychologiques, sociales et corporelles spécifiques.
- Être attentifs aux signes invisibles de fatigue, d'isolement et de détresse psychologique chez les femmes âgées, notamment celles assumant des rôles d'aidantes.
- Encourager une approche holistique : santé physique, santé mentale et qualité des liens sociaux pour préserver l'autonomie et le bien-être des femmes âgées.
- Promouvoir des pratiques de soins respectueuses de l'histoire corporelle et émotionnelle des femmes, intégrant notamment la sensorialité et la sexualité.
- Sensibiliser à la prévention précoce des pathologies souvent négligées par les femmes âgées elles-mêmes (ostéo-articulaires, cardiovasculaires, etc.).

Messages clés à destination du grand public

- Vieillir est une aventure identitaire, faite de continuité et de réinvention personnelle à chaque étape de la vie.
- La solitude et l'isolement ne sont pas des fatalités : il est essentiel de maintenir un réseau social actif et des relations intergénérationnelles enrichissantes.
- Prendre soin de soi n'est ni égoïste ni optionnel, mais indispensable pour continuer à prendre soin des autres.
- La vieillesse ne supprime ni l'amour, ni le désir, ni le plaisir : il est important d'entretenir la vie affective et intime, même à un âge avancé.
- Chaque femme âgée porte en elle une histoire unique qui mérite reconnaissance, respect et écoute.
- Se reconstruire et rester acteur de sa vie sont possibles à tout âge : le vieillissement n'est pas une perte d'identité, mais une occasion de croissance et de liberté nouvelle.

TRAVAIL ET SANTÉ DES FEMMES

Usure physique et psychique, troubles musculosquelettiques, cancers : les répercussions du travail sur la santé des femmes sont encore méconnues. De même, les difficultés professionnelles associées à l'endométriose, aux pathologies menstruelles incapacitantes, à la grossesse, au traitement de l'infertilité, à la ménopause et, plus globalement, à la santé des femmes sont encore bien trop ignorées dans le monde du travail. Alors que la moitié des « travailleurs » sont de nos jours des « travailleuses », la santé au travail des femmes apparaît comme un enjeu majeur de santé publique et un chantier à ouvrir dans de nombreuses organisations.

L'impact différencié du travail sur la santé des femmes est encore trop peu exploré dans les politiques publiques et la santé au travail demeure pensée de manière androcentrée. Cette conférence vise à ouvrir un chantier collectif, au croisement des sciences médicales, sociales et économiques sur les spécificités biologiques, sociales et professionnelles des femmes au travail souvent ignorées.

PROGRAMME ET INTERVENANTS

Introduction

- **Dr Elisabeth ELEFANT**, administratrice de la Fondation de l'Académie de Médecine

Interventions

1 **Impact de l'environnement de travail sur la santé des femmes**

Florence CHAPPERT, Anact (Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail), pilote de l'action Santé des femmes au travail du Plan Santé Travail N°4 à l'échelle nationale porté par le ministère du Travail

Caroline DE PAUW, Docteure en sociologie, chercheuse associée au Centre Lillois d'Etudes et de Recherches en Sociologue et Économie (UMR8019, Université de Lille)

2 **Regard d'une entreprise sur les enjeux liés à la santé des femmes au travail**

Emmanuelle LIEVREMONT, Directrice Santé et Qualité de Vie au travail chez L'Oréal

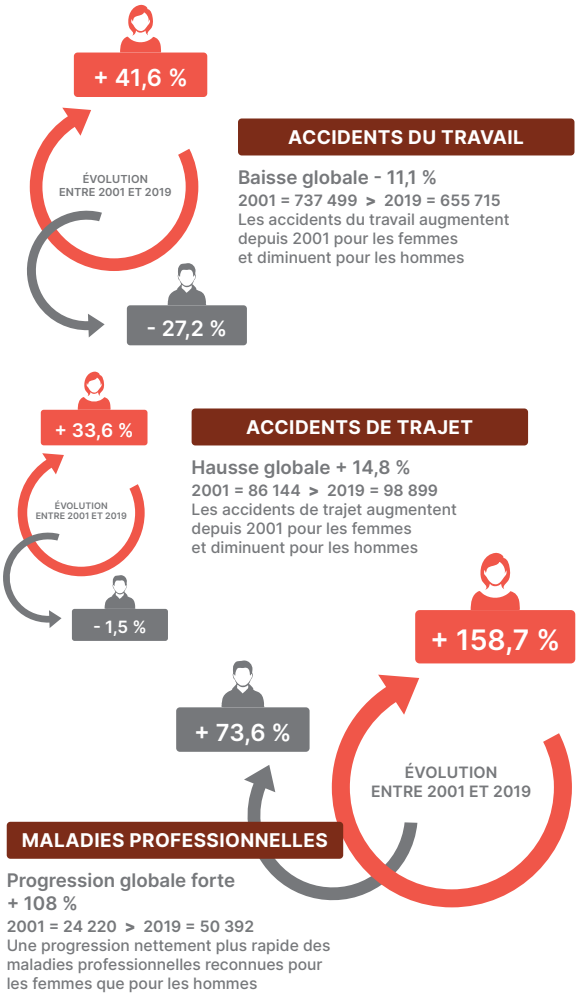
INTERVENTIONS

1 Impact de l'environnement de travail sur la santé des femmes

Madame Florence CHAPPERT, Anact (Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail), pilote de l'action « Santé des femmes au travail » du Plan Santé Travail n°4 porté par le ministère du Travail

C'est depuis 2008 que l'Anact[1] a défriché le sujet de la santé des femmes au travail. Pendant longtemps, le travail des femmes a été pensé comme identique à celui des hommes, ce qui a conduit à invisibiliser leurs conditions de travail et les spécificités de leur santé[2]. Or, ces différences sont multiples : morphologiques, physiologiques, hormonales, mais aussi sociales avec les métiers et parcours différenciés ou encore leurs expositions aux risques professionnels.

Les femmes occupent davantage d'emplois précaires, à temps partiel, avec une exposition accrue aux gestes répétitifs, aux postures contraignantes, à l'absence d'autonomie décisionnelle, au travail émotionnel et aux contraintes organisationnelles quand il faut travailler dans l'urgence. Elles sont plus souvent assistantes, aides à domicile, aides-soignantes ou infirmières, caissières ou vendeuses, agentes de nettoyage, etc. Ce type de métiers les expose davantage à l'usure physique et psychique, avec un taux de troubles musculosquelettiques (TMS) et de souffrance au travail significativement plus élevé que chez les hommes. Quand elles sont dans des métiers à prédominance masculine, le travail n'est pas adapté à leurs caractéristiques biologiques : équipement de protection individuelle - EPI[3], port de charges, cadences... sans compter l'exposition aux violences sexistes et sexuelles[4]. Quand on regarde les accidents de travail, on constate que ceux des femmes augmentent, à la différence des hommes[5].



Source:https://www.anact.fr/chiffres-cles-de-la-sinistralite-au-travail

Par ailleurs, les conséquences liées aux cycles hormonaux sont multiples : l'endométriose[6], les douleurs menstruelles invalidantes, la ménopause. Celles-ci sont encore trop souvent tabous ou banalisées et entraînent absentéisme ou au contraire présentéisme, perte de productivité, passage à temps partiel, désinsertion professionnelle, précarisation, sans qu'un accompagnement spécifique et une adaptation du travail soient systématiquement proposés.

Nous plaidons pour une intégration de ces réalités spécifiques du travail des femmes et de leur santé dans les politiques de prévention[7], en entreprise comme dans la médecine du travail.

En conclusion, il apparaît important de décloisonner les approches, mieux former les acteurs du monde professionnel et notamment les services de prévention en santé au travail, et intégrer la santé des femmes dans les indicateurs globaux de qualité de vie au travail.

Caroline de Pauw, docteure en sociologie, chercheuse associée au centre Lillois d'Etudes et de Recherches en Sociologue et Économie (UMR8019, Université de Lille) et auteure du livre « La santé des femmes. Un guide pour comprendre les enjeux et agir ».

Le propos s'inscrit dans une approche sociologique et socio-historique du genre appliquée au travail. Ainsi, le monde du travail n'est pas neutre. Historiquement, sa structuration autour du modèle masculin a des conséquences concrètes sur la manière dont les femmes vivent leur activité professionnelle.

La charge mentale de la conciliation entre vie professionnelle et familiale incombe encore majoritairement aux femmes : en couple hétéronormé, les femmes ont, en majorité, la charge des activités domestiques et parentales, qu'elles travaillent ou non (en 2010, les femmes vivant en couple et ayant au moins un enfant consacraient trente-quatre heures hebdomadaires de travail domestique contre dix-huit heures pour les hommes dans la même situation et 77 % des tâches les plus contraignantes du quotidien – ménage, cuisine, vaisselle, linge, etc. – étaient assurées par les femmes vivant en couple) ; après une séparation, davantage de femmes vivent en famille monoparentale, ont la charge des enfants et des revenus inférieurs aux hommes ; enfin, les femmes sont également davantage à prendre soin de leurs proches en perte d'autonomie . Les femmes sont donc le plus souvent dépositaires de leur santé mais aussi de la famille, y compris aidante.

De la même manière, les femmes se trouvent à occuper des métiers dont les conditions de travail les défavorisent en matière de santé avec des risques méconnus, sous-estimés voire invisibilisés du fait d'une représentation encore très masculine de la souffrance au travail : les femmes sont, par exemple, davantage exposées aux risques psycho-sociaux, c'est-à-dire les risques pour la santé physique et mentale en lien avec le travail et dont les causes relèvent des conditions d'emploi, de l'organisation et des relations de travail. Ce sont les secteurs d'activité (commerce, tourisme, activités de service, accueil, enseignement, soins, aide à la personne, etc.) majoritairement occupés par des femmes, dans lesquels les relations humaines ont une part prépondérante, et les exposant à des risques le plus souvent minimisés voire occultés : tensions avec les personnes, remarques sexistes, demandes urgentes pour des situations sociales parfois dramatiques, etc.

De plus, les femmes subissent plus fortement la transformation sociétale des familles (couples bi-actifs, familles monoparentales, recomposées, grands-parents dépendants, exigences éducatives croissantes etc.) : elles sont majoritaires sur les activités domestiques et parentales à concilier avec la vie professionnelle et subissent une pression forte pour endosser le rôle de proche aidant, notamment aide parentale et filiale. C'est ce qui les pousse à accepter des postes à temps partiel, atypiques, voire sous-qualifiés. L'évolution du marché du travail : horaires décalés, contraintes de rythme, disponibilité/déplacements importants, « présentéisme » français éloignent d'autant plus les femmes qui souhaitent concilier vie domestique et activité professionnelle.

La majorité des femmes salariées (80 %) considèrent qu'elles sont régulièrement confrontées à des attitudes ou des décisions sexistes qui entraînent une perte de confiance en soi, de bien-être au travail mais aussi de performance. Et 93 % des femmes pensent que ces attitudes peuvent avoir des répercussions sur leur sentiment d'efficacité personnelle et donc sur leur santé mentale.

[1] file:///Users/f.chappert/Downloads/79277_doc00003847.pdf
[2] https://www.senat.fr/travaux-parlementaires/office-et-delegations/delegation-aux-droits-des-femmes-et-a-legalite-des-chances/sante-des-femmes-au-travail.html
[3] https://www.prst-normandie.fr/outil/fiche-repere-epi/
[4] https://www.anact.fr/prevenir-le-sexisme-au-travail-les-ressources-telecharger
[5] https://www.anact.fr/photographie-statistique-de-la-sinistralite-au-travail-en-france-selon-le-sexe
[6] https://www.anact.fr/endometriose-et-travail-4-points-cles-et-trois-ressources-decouvrir
[7] https://www.anact.fr/sites/default/files/2025-03/approche-sexaue%CC%81e-de-la-pre%CC%81vention.pdf
[8] Haut Conseil à l'Egalité, 2021
[9] Le Bihan-Youinou B., Martin C., « Travailler et prendre soin d'un parent âgé dépendant », Travail, Genre et Sociétés, no 16, 2006, p. 77-96.
[10] Conseil supérieur de l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes (CSEP), « Le sexisme dans le monde du travail : entre déni et réalité – Rapport n° 2015-01 », 2015

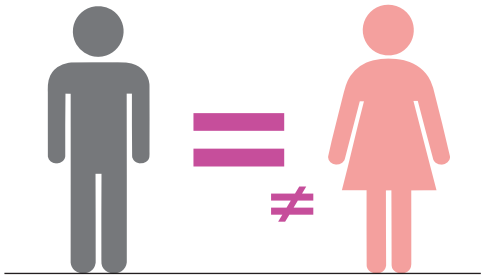
2 Regard d'une entreprise : santé des femmes et performance durable

Emmanuelle LIEVREMONT, directrice Santé et Qualité de Vie au travail chez L'Oréal

L'Oréal s'est engagé en faveur d'une prise en compte explicite de la santé des femmes dans la politique de qualité de vie au travail du groupe.

En premier lieu, sur le partage d'un diagnostic : pour améliorer les choses, encore faut-il accepter de voir les différences, de les nommer, de les objectiver. L'entreprise a été ouverte aux remontées des collaboratrices et des acteurs médico-sociaux sur des zones de souffrance ou de non-dits autour des thématiques comme l'endométriose, la ménopause, les fausses couches, ou encore les traitements d'infertilité.

Améliorer l'égalité – diminuer les inégalités au travail entre les hommes et les femmes



Leur prise en compte s'est traduite par la mise en place de protocoles spécifiques, permettant aux femmes concernées de s'absenter, d'aménager leur poste ou leur rythme de travail, sans crainte de jugement ou de stigmatisation.

La prise en compte du genre dans les politiques RH n'est pas un effet de mode, mais un levier stratégique pour la rétention des talents, l'engagement durable, et la performance collective.

La formation de l'encadrement, trop souvent mal à l'aise face à ces questions, est un élément clé ainsi que la légitimation institutionnelle de ces sujets dans les plans de prévention.

DISCUSSION

La discussion qui suit souligne l'intérêt majeur de cette session et des exposés concrets, systémiques et sensibles. La convergence des analyses tourne autour de la nécessité de dépasser une approche universelle de la santé au travail, pour embrasser une vision différenciée, attentive aux corps, aux parcours et aux rôles sociaux sexués.

Le débat s'ouvre sur la question de l'invisibilisation historique des femmes dans les politiques de prévention. Un membre du public souligne que dans les premières campagnes de prévention des troubles musculo squelettiques, les schémas de corps utilisés étaient presque exclusivement masculins, ce qui en dit long sur la représentation implicite du travailleur standard.

Un intervenant s'interroge sur la manière dont on peut faire évoluer les mentalités sans tomber dans une logique victimaire ou segmentante. La réponse converge autour de l'idée de reconnaissance de la réalité comme préalable à l'égalité réelle. Il ne s'agit pas d'opposer les sexes, mais d'adapter les environnements de travail à une diversité de situations.

Les échanges abordent aussi la question des tabous. De nombreuses femmes n'osent pas évoquer leur souffrance liée à leurs cycles, à la ménopause, par crainte d'être jugées moins performantes. Des initiatives comme celles décrites par Emmanuelle LIEVREMONT apparaissent comme des exemples inspirants.

En conclusion, il est urgent d'intégrer ces éléments dans la formation initiale des managers, des médecins du travail, des DRH, et de les inscrire dans une politique de santé publique globale, adossée à une approche intersectionnelle, qui reconnaisse que les inégalités de santé au travail sont non seulement liées au sexe ou au genre, mais s'entrecroisent avec d'autres facteurs de discrimination comme l'âge, l'origine sociale ou ethnique, le handicap, ou encore le statut professionnel. Une telle grille de lecture permet de mieux comprendre les situations de vulnérabilité cumulée vécues par certaines femmes et de concevoir des réponses adaptées, plus justes et plus inclusives.

PISTES D'ACTIONS POUR LA SANTÉ DES FEMMES AU TRAVAIL

Les politiques, les décideurs publics, les acteurs de la recherche, les professionnels de santé, leurs enseignants, les personnels de l'éducation nationale, les médias, le grand public sont tous des acteurs de la santé des femmes, quel que soit leur sexe. Une synthèse des éléments clés qui se dégagent de ces conférences est proposée ci-dessous. Par souci de simplification, ils sont regroupés autour de trois principaux publics : décideurs publics, professionnels de santé, grand public.

Messages clés à destination des décideurs publics

- Intégrer la santé des femmes dans toutes les stratégies nationales de santé au travail ; endométriose, ménopause, précarité, usure psychique : ces sujets doivent entrer dans les indicateurs de prévention, de qualité de vie et de performance sociale.
- Former les décideurs et planificateurs aux approches différenciées et intersectionnelles ; sexe, âge, statut, origine sociale, handicap ; croiser les données et former les décideurs à cette complexité.
- Financer la recherche et la production de données genrées fiables permettant une meilleure compréhension des réalités de terrain.

Messages clés à destination des professionnels de santé

- Reconnaître la spécificité du corps et du vécu des femmes dans le travail et ne pas normaliser la souffrance liée aux règles, à la ménopause, à la double charge mentale. L'écouter, la documenter, l'accompagner.
- Développer des outils de diagnostic et d'accompagnement adaptés : les pathologies féminines invisibles au travail nécessitent des protocoles spécifiques, pensés avec les personnes concernées.
- Travailler en réseau et croiser les approches médicales, psychologiques, sociales ; la santé des femmes au travail est un sujet transversal. Décloisonner, c'est aussi mieux prévenir.
- Être force de proposition dans les entreprises et institutions ; informer, alerter, conseiller sur les aménagements possibles, dans une logique de prévention bienveillante et inclusive.

Messages clés à destination du grand public

- Mettre fin aux tabous : les douleurs menstruelles, la ménopause, l'endométriose sont des enjeux de santé publique et de dignité au travail et pas seulement des sujets privés.
- Valoriser la parole des femmes sur leur expérience professionnelle ; témoigner, faire entendre son vécu, c'est déjà faire bouger les lignes.
- Soutenir les entreprises qui s'engagent pour une santé au travail inclusive ; consommateurs, salariés, citoyens : encourageons les bonnes pratiques et les actions concrètes.
- Refuser l'invisibilisation ; reconnaître que la fatigue chronique, l'anxiété ou les douleurs ne sont pas « dans la tête », mais bien des réalités vécues. Les nommer, c'est les légitimer.

CONTEXTES DE VIE PARTICULIERS : INCIDENCES SUR LA SANTÉ DES FEMMES

Des éclairages nouveaux sur des contextes particuliers de la vie des femmes s'invitent actuellement à juste titre dans les réflexions sur la santé des femmes. Leur analyse indique qu'une spécificité féminine ouvre la voie à leur nécessaire prise en compte dans les réflexions et les actions à mener pour améliorer la santé des femmes : handicap, violence, précarité, toxicomanie...

La mission de sensibilisation, de prévention et d'innovation de la Fondation de l'Académie de Médecine vise à démocratiser l'accès aux savoirs médicaux dispensés par des experts auprès d'un large public. Dans cette optique, la participation active de témoins issus de la société civile est essentielle, permettant de restituer leurs expériences personnelles en dialogue avec des personnalités du secteur médical, mais aussi non médical, notamment issues de la sociologie, de la philosophie ou encore de l'anthropologie. Cette approche interdisciplinaire favorise le traitement de sujets généralement peu abordés concernant la santé des femmes. La thématique centrale de cette conférence porte sur les contextes de vie spécifiques, notamment le handicap, et leur impact direct sur la santé féminine.

PROGRAMME ET INTERVENANTS

Introduction

- **Elisabeth ELEFANT**, administratrice de la Fondation de l'Académie de Médecine

Interventions

1. **Témoignage d'une femme en situation de handicap**
   Géraldine SEGUIN, patiente experte
2. **Précarité, violences et santé des femmes**
   Danielle-Simone GAUDRY, gynécologue obstétricienne et présidente du réseau de périnatalité du Val de Marne
3. **L'enfermement carcéral des femmes, quels effets sur leur santé ?**
   Pascale GIRAVALLI, psychiatre en milieu pénitentiaire : SMPR (Service Médico-psychologique Régional) UHSA (Unité Hospitalière Spécialement Aménagée), Marseille AP-HM, présidente de l'ASPMP (Association des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire)

INTERVENTIONS

1 Témoignage d'une femme en situation de handicap

Géraldine SEGUIN, patiente experte

Concernant le handicap, la première et principale difficulté est l'accès aux soins et aux praticiens. Cela concerne en premier lieu l'accès matériel. Cette problématique se pose particulièrement dans le cas des consultations gynécologiques pour les femmes. Au-delà de cette difficulté matérielle, un autre enjeu majeur réside dans la volonté des praticiens de suivre des patientes en situation de handicap physique, notamment celles utilisant un fauteuil roulant. Bien que les problématiques puissent être similaires pour d'autres types de handicaps, l'accent est ici mis sur le handicap moteur. De nombreux témoignages font état de situations complexes où les professionnels de santé nient souvent l'existence d'une vie amoureuse, sexuelle ou même d'une potentielle maternité chez les patientes handicapées.

Pour améliorer l'accès aux soins pour les femmes en situation de handicap, il est bien sûr essentiel, mais loin d'être toujours évident en pratique, que l'accès physique aux cabinets médicaux soit possible, avant même de parler d'aménagements plus complexes comme des tables spécifiques en gynécologie. Il est important que les professionnels fassent preuve d'imagination et engagent ouvertement le dialogue avec les patientes sur leurs besoins spécifiques. Le cas échéant, les praticiens ne devraient pas hésiter à reconnaître honnêtement leurs limites et orienter les patientes si nécessaire, plutôt que de s'engager dans un suivi trop complexe pour eux.

La bienveillance est un élément clé. L'expérience personnelle marquante vécue à l'âge de 16 ans par Géraldine SEGUIN, où une gynécologue avait affirmé devant elle que le vaccin contre le papillomavirus était inutile puisqu'elle n'aurait jamais de partenaire, illustre le manque de bienveillance parfois présent dans le milieu médical. Les professionnels sont invités à garder en permanence cette notion essentielle de bienveillance à l'esprit et à prendre conscience de leurs propres représentations et préjugés vis-à-vis du handicap.

Des problématiques spécifiques sont liées à la grossesse et à la parentalité en situation de handicap. Si selon son expérience personnelle, Géraldine SEGUIN souligne sa chance d'avoir pu bénéficier de l'aide permanente d'auxiliaires de vie avant même ses grossesses, cet accompagnement reste très rare. La prestation de compensation du handicap (PCH) parentalité offre une allocation financière, très insuffisante au regard des coûts réels liés à l'emploi d'auxiliaires de vie. Il existe des difficultés matérielles liées au handicap pour prendre soin des enfants, en l'absence d'un accompagnement professionnel spécifique suffisant ; l'entraide entre mamans en situation de handicap est souvent la seule solution disponible pour surmonter ces défis.

Enfin, la question des inégalités territoriales et sociales liées à l'accès aux aides de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) se pose. L'attribution des aides dépend souvent de la capacité des personnes concernées à remplir correctement les dossiers et à défendre le cas qui peut créer de profondes injustices. La compétence administrative prime souvent sur les besoins réels liés au handicap.

DISCUSSION

La distinction claire des problématiques liées au handicap moteur de celles liées aux conséquences physiologiques et sexuelles du handicap est importante. Des difficultés pratiques sont rencontrées par les professionnels de santé en termes de disponibilité et de temps nécessaires pour une consultation approfondie auprès des personnes en situation de handicap. L'idée d'une tarification spécifique pour ces consultations afin d'offrir un cadre plus adapté à ces besoins particuliers est évoquée.

L'étude de la prise en charge spécifique des conséquences sexuelles et physiologiques du handicap moteur, indique que les hommes en situation de handicap bénéficient souvent d'une prise en charge urologique plus développée que celle réservée aux femmes. La gynécologie et la périnéologie des femmes tétraplégiques restent insuffisamment traitées en France.

2 Précarité, violences et santé des femmes

Danielle-Simone GAUDRY, gynécologue obstétricienne et présidente du réseau de périnatalité du Val de Marne.

La violence faite aux femmes, notamment les violences conjugales qui, malheureusement, prennent souvent une tournure dramatique au sein des familles, est actuellement particulièrement prégnante. Ces violences incluent des violences physiques bien sûr, mais aussi des situations liées à la prostitution, à la dépendance, ainsi qu'à des toxicomanies diverses, situations cliniques particulièrement complexes qui relèvent de multiples réalités et ne peuvent entrer dans un cadre unique.

À travers son engagement actuel en consultation dans les centres de santé sexuelle, ainsi que sa participation active à des commissions traitant des refus de soins auprès des ordres professionnels des médecins, des sage-femmes et des chirurgiens-dentistes, Danielle-Simone GAUDRY accueille, écoute et oriente des femmes aux parcours divers et souvent précaires. L'écoute attentive de ces femmes, dans toutes leurs dimensions personnelles, économiques et environnementales, est une condition essentielle pour une amélioration effective de leur santé.

Trois grandes catégories de femmes sont particulièrement vulnérables : celles victimes de violences, celles ayant vécu un parcours migratoire complexe, et les femmes sans domicile fixe, précisant que certaines cumulent ces situations.

Les violences faites aux femmes, souvent intrafamiliales, sont psychologiques pour une femme sur quatre, et physiques pour une femme sur six. Les violences économiques, qui privent fréquemment les femmes d'autonomie financière, concernent un quart des appels au numéro 3919. Les violences touchent toutes les catégories sociales, avec les effets dramatiques de la surveillance, voire de la séquestration, de la part du partenaire ou ex partenaire violent, entraînant un renoncement fréquent aux soins.

L'insuffisance du repérage de ces violences par les soignants est soulignée, contribuant aux violences médicales ressenties par ces femmes, notamment lors d'examens gynécologiques invasifs vécus sans empathie suffisante. Ce manque de visibilité entraîne un retard général au diagnostic et à la prévention, affectant particulièrement la santé sexuelle et mentale des femmes concernées. Simone GAUDRY recommande ainsi un repérage systématique par tous les professionnels de santé,

afin de proposer ensuite un accompagnement multidisciplinaire adapté aux volontés et besoins des femmes concernées, sans jamais leur imposer de décision, sauf en cas de danger immédiat, comme la loi autorise le professionnel de santé (Vade-mecum de la réforme de l'article 226-14 du code pénal CNOM).

Concernant les femmes migrantes, des situations très variées et complexes sont décrites, souvent liées à des conflits, des risques politiques, économiques ou encore des violences sexuelles dans les pays d'origine ou pendant le parcours migratoire. Ces femmes ont de grandes difficultés d'accès aux soins en France, notamment du fait de l'absence fréquente de couverture maladie (processus administratif long et complexe pour demander l'asile), de logements stables, et d'une méconnaissance du système de soins français. Cette précarité entraîne un manque dramatique de suivi médical, un recours excessif aux urgences, une malnutrition importante, et des difficultés majeures en matière de santé sexuelle. Un interprétariat professionnel systématisé et des médiateurs en santé concourent à une meilleure prise en charge et améliore l'accès aux soins et l'adhésion au suivi médical nécessaire.

Enfin, concernant les personnes sans domicile fixe, sur 330 000 personnes sans logement pérenne en France, 40 % sont des femmes, dont 3 000 femmes et 3 000 enfants qui dorment chaque nuit dans la rue. Ces femmes subissent de nombreuses violences, dans un isolement profond et une difficulté extrême à accéder aux soins, y compris les soins de santé sexuelle, avec un accès pratiquement impossible aux IVG médicamenteuses par exemple. La prise en charge de leur santé mentale et de leurs addictions est quasi inexistante. Un logement pérenne est un préalable indispensable à toute réinsertion sociale. La médiation en santé est importante et une campagne d'information ambitieuse pour ces femmes est nécessaire. Rappelons l'interdiction légale des refus de soins discriminatoires encore trop fréquents.

Il existe un grand nombre de recommandations établies par diverses instances, Haute Autorité de Santé, Sénat ou Défenseur des droits. Ces recommandations ne sont néanmoins pas toujours suivies d'effets concrets ou législatifs. L'engagement actif de la Fondation de l'Académie de médecine à faire avancer ces problématiques est essentiel.

3 L'enfermement carcéral des femmes, quels effets sur leur santé ?

Pascale GIRAVELLI, psychiatre en milieu pénitentiaire : SMPR/UHSA Marseille AP-HM, présidente de l'ASPMP

Dans ces parcours de vie souvent fracassés, arrive un moment où l'on pénètre un monde inconnu du grand public et très mal connu des médecins : le monde de la prison. Cette conférence porte sur les conditions de vie des femmes incarcérées, leurs problématiques de santé, ainsi que la prise en charge qui leur est proposée, dans un milieu peu perméable aux gestes sanitaires, à la prévention et à la qualité des soins apportés.

L'exercice médical dans les prisons est peu connu et renvoie notamment à la question des représentations et des préjugés à déconstruire pour mieux travailler. Une autre notion fondamentale est celle de la temporalité : laisser ouvertes des possibilités d'évolution dont les femmes peuvent se saisir à des moments inattendus. Faisant référence à Didier FASSIN, médecin auteur d'un ouvrage majeur intitulé *« L'ombre du monde, une anthologie de la condition carcérale »*, la prison est décrite comme une loupe grossissante des dysfonctionnements sociétaux.

L'incarcération signifie littéralement la prise du corps, entraînant nécessairement des effets psychosomatiques importants dus à la privation brutale de liberté. L'accès aux soins est identifié comme un problème majeur, aggravé ces dernières années par le renforcement sécuritaire paradoxal, puisque la population carcérale est captive et devrait pouvoir bénéficier d'un meilleur accès à la santé. Le vécu de l'incarcération est décrit comme une triple contrainte : corporelle, spatiale et temporelle, avec une attente sans fin, rythmée par des rituels pénitentiaires, constituant pour les psychiatres une véritable « clinique expérimentale de la persécution » liée à la surveillance constante.

Les prisons pour femmes sont historiquement héritières des lieux d'enfermement gérés par des religieuses où la notion de rédemption féminine était centrale. Malgré leur surpopulation relative, les femmes, qui ne représentent que 3,2 à 3,6 % de la population carcérale, bénéficient moins de moyens que les hommes. Ayant exercé pendant 23 ans à la prison des femmes des Baumettes, Pascale GIRAVELLI constate aujourd'hui une prise de conscience nationale sur l'inégalité des soins somatiques et psychiatriques, dont l'organisation est devenue indépendante de l'administration pénitentiaire depuis 1994, afin de garantir une meilleure éthique des soins.

La prise en charge somatique des détenues s'organise en trois niveaux : unité sanitaire pour soins courants dans la prison, consultations ambulatoires

à l'hôpital, et hospitalisations sécurisées. Les conditions des consultations pour les femmes enceintes se sont améliorées récemment, après des années durant lesquelles elles restaient menottées même durant l'accouchement. L'administration pénitentiaire doit désormais s'absenter durant ces consultations.

Les femmes incarcérées cumulent souvent les vulnérabilités, notamment les parcours migratoires et la pauvreté, avec un isolement des femmes incarcérées, souvent délaissées par leurs proches au profit des enfants, contrairement aux hommes davantage soutenus par leur famille. Dispersées géographiquement, ces femmes ont moins de visites et de soutien.

Sur le plan psychiatrique, la prise en charge des femmes en prison est organisée à deux niveaux : soins en prison ou hospitalisation externe. Les prisons pour femmes abritent divers âges et statuts (mineurs, détention, quartier nursery). Récemment, une équipe périnatale intervient enfin à l'intérieur même de la prison. Une résistance demeure toutefois parmi certains soignants à intervenir en milieu carcéral.

Le travail remarquable de Jane Evelyn ATWOOD, photographe des femmes marginalisées et incarcérées peut être souligné.

Une enquête menée en 2022 par le professeur THOMAS révèle la gravité de la situation psychiatrique : 75 % des femmes incarcérées souffrent de troubles psychiatriques ou addictologiques, 60 % présentent des risques suicidaires élevés, 89 % fument, et une majorité avait déjà rencontré un psychiatre ou addictologue avant l'incarcération.

Des chiffres nationaux précis à l'entrée en incarcération ne semblent pas disponibles mais localement, aux Baumettes, cette augmentation d'une situation psychiatrique dégradée est clairement perceptible.

La présence de femmes âgées et de mineures en prison confirme le vieillissement notable de la population carcérale féminine, avec les difficultés spécifiques qui en découlent. Concernant les mineures, bien qu'initialement envisagée, la mixité des établissements pénitentiaires pour mineurs ne s'est pas réalisée, les filles restant en quartiers pour femmes. Une récente circulaire prône désormais la mixité comme règle plutôt que l'exception, une évolution majeure pour les activités, le travail et les soins psychiatriques, déjà pratiquée officieusement dans certains lieux.

Enfin, concernant la criminalité féminine, les femmes incarcérées présentent souvent des parcours de vie dramatiques marqués par la violence conjugale ou familiale, avec des passages à l'acte résultant de ruptures successives de suivi social ou médical.

DISCUSSION

Trois mots-clés émergent des interventions : l'isolement, les idées reçues que les structures ou thérapeutes portent sur les gens, et enfin le thème de la bienveillance, qui interpelle car le fait même que ce thème soit évoqué dans toutes les interventions révèle un déficit inquiétant de bienveillance.

Selon Géraldine SEGUIN-GOUTTES, il existe heureusement de la bienveillance chez la majorité des soignants. Toutefois, les moments où celle-ci manque marquent profondément, parfois même à vie, particulièrement lorsqu'il s'agit de petites phrases blessantes ou de refus de soins pouvant avoir des conséquences dramatiques. La bienveillance de certains soignants permet d'envisager sereinement une vie normale et même une maternité malgré un handicap.

Danielle-Simone GAUDRY souligne l'importance pour les soignants de déconstruire leurs propres expériences de vie afin d'accueillir et écouter les patients sans jugement ni projection personnelle, exercice complexe mais nécessaire. L'émergence de labels tels que « ami des bébés » ou « ami des papas » dans les maternités, démontre qu'une réflexion est actuellement en cours sur la posture à adopter par les équipes médicales et paramédicales.

L'empathie, particulièrement dans des contextes de handicap ou de situations carcérales, constitue un enjeu majeur. La manière dont ces qualités peuvent être enseignées renvoie notamment à l'importance du compagnonnage durant la formation.

Il est nécessaire d'intégrer dans la formation médicale des vignettes cliniques variées et distinctes, permettant aux étudiants d'apprendre directement des expériences des patients. Ces échanges sont essentiels pour sensibiliser les futurs médecins aux réalités des patientes handicapées, carcérales ou socialement précaires, en leur renvoyant un miroir qui oblige à la réflexion et à l'ouverture d'esprit. Les représentations négatives et préjugés des professionnels de santé peuvent constituer de réels obstacles à la prise en charge adéquate des patientes.

La mise à disposition des doyens des facultés de médecine de conférence telle que celle-ci afin d'élargir les perspectives des étudiants est une piste. Il est important que les futurs médecins vivent des expériences immersives pour découvrir concrètement différents contextes sociaux et médicaux tels que les prisons, les PMI ou les centres de planning familial et des stages en milieu pénitentiaire, déjà proposés par certaines facultés permettent aux externes de découvrir ces environnements, ce qui contribue grandement à enrichir leur formation médicale.

PISTES D'ACTIONS POUR LES FEMMES EN SITUATION DE VULNÉRABILITÉ

Les politiques, les décideurs publics, les acteurs de la recherche, les professionnels de santé, leurs enseignants, les personnels de l'éducation nationale, les médias, le grand public sont tous des acteurs de la santé des femmes, quel que soit leur sexe. Une synthèse des éléments clés qui se dégagent de ces conférences est proposée ci-dessous. Par souci de simplification, ils sont regroupés autour de trois principaux publics : décideurs publics, professionnels de santé, grand public.

Messages clés à destination des décideurs publics

- Assurer un accès universel et adapté aux soins pour les femmes en situation de handicap moteur en renforçant les normes d'accessibilité matérielle et financière.
- Développer une allocation parentale suffisante pour compenser les coûts réels liés à la parentalité des femmes handicapées.
- Imposer une tarification spécifique pour les consultations gynécologiques dédiées aux femmes en situation de handicap afin d'améliorer leur prise en charge.
- Soutenir systématiquement la médiation en santé et l'interprétariat professionnel pour les femmes migrantes et précaires.
- Garantir l'application effective des recommandations existantes sur la prise en charge des femmes victimes de violences, migrantes et sans domicile fixe.
- Renforcer les moyens financiers et humains dédiés à la santé des femmes incarcérées afin de respecter l'équité dans l'accès aux soins.

Messages clés à destination des professionnels de santé

- Encourager l'ouverture au dialogue et à la bienveillance envers les femmes handicapées, en reconnaissant explicitement leurs besoins spécifiques, notamment en gynécologie et périnatalité.
- Former systématiquement les professionnels à identifier et accompagner les femmes victimes de violences conjugales, migrantes ou en précarité, avec une approche empathique, sans jugement.
- Prévoir un accompagnement multidisciplinaire adapté à la complexité des parcours des femmes migrantes, précaires ou victimes de violences.
- Déconstruire activement les préjugés sur le handicap, la précarité et l'incarcération féminine dans la pratique médicale quotidienne.
- Intégrer des expériences de terrain (stages en prisons, PMI, centres de planning familial) dans la formation initiale et continue pour mieux appréhender ces contextes spécifiques.
- Reconnaître et exprimer clairement les limites personnelles ou structurelles pour réorienter efficacement les patientes vers des spécialistes adaptés.

Messages clés à destination du grand public

- Reconnaître que les femmes en situation de handicap, précaires ou incarcérées vivent des réalités spécifiques souvent invisibilisées, nécessitant une attention accrue et un soutien communautaire actif.
- Promouvoir une culture de l'écoute et de l'empathie envers les femmes confrontées à des contextes de vie difficiles, notamment en situation de handicap, de précarité ou d'incarcération.
- Informer largement sur les droits aux soins, y compris en milieu pénitentiaire, et lutter contre toute forme de discrimination ou refus de soins.
- Valoriser l'importance du témoignage direct des femmes concernées afin de faire évoluer positivement les représentations sociales et médicales.

GESTION DU DÉSIR D'ENFANT, SUIVI DE GROSSESSE & POST-PARTUM

Cette dernière conférence est structurée autour de trois grands axes : le désir d'enfant, le suivi de la grossesse, et enfin le postpartum et animée par des experts de leurs domaines et enrichie par la parole d'un témoin issus de la société civile.

En tant que marraine de ce cycle de conférences sur la santé des femmes, Marina CARRÈRE D'ENCAUSSE souligne l'ancrage profond des présentations et échanges dans l'actualité et l'évolution des mentalités de notre société, avec des thématiques telles que la conservation des ovocytes sans indication médicale ou la gestion psychologique des fausses couches, des sujets longtemps négligés et qui aujourd'hui prennent toute leur importance.

Pour la génération des trentenaires, le rapport à la maternité a profondément changé. De nombreux jeunes adultes choisissent de ne pas avoir d'enfants ou repoussent cette décision pour des raisons écologiques, économiques, politiques ou personnelles, en rupture avec les normes antérieures. Ces évolutions rendent les débats de cette conférence particulièrement pertinents pour comprendre notre époque et accompagner ces changements de société.

PROGRAMME ET INTERVENANTS

Introduction

Elisabeth ELEFANT, administratrice de la Fondation de l'Académie de Médecine

Richard VILLET, chirurgien viscéral et secrétaire général de la Fondation de l'Académie de Médecine

Marina CARRÈRE D'ENCAUSSE, médecin, journaliste et chroniqueuse radio et télévision

Interventions

1 **Gestion du désir d'enfants**

La conservation des ovocytes sans indication médicale

Louis BUJAN, professeur émérite de biologie et médecine de la reproduction, Unité DEFE Inserm 1203, Université Toulouse III, CECOS, CHU Toulouse

Parcours de PMA, modalités et accompagnement des couples

Françoise SHENFIELD, professeure associée émérite, gynécologue endocrinologue à l'unité de médecine reproductive à l'University College Hospital London et l'Institute for Women's Health, University College London

Traverser une épreuve de fertilité

Marie FINDLING, fondatrice de la plateforme "Ensemble Healthcare"

IVG, accès, modalités, modification loi de bioéthique, sage-femmes

Philippe FAUCHER, gynécologue obstétricien, hôpital Trousseau, Assistance Publique Hôpitaux de Paris (APHP)

2 **Suivi de grossesse et post-partum**

La grossesse n'est pas une maladie, alors à pourquoi un suivi médical ?

Laurent MANDELBROT, professeur de gynécologie obstétrique, chef de service, hôpital Louis Mourier, AP-HP, Colombes

Le post-partum, une période de vulnérabilité

Sarah TEBEKA, psychiatre spécialisée en périnatalité et maître de conférences des Universités, Université Paris Cité

INTERVENTIONS

1 GESTION DU DÉSIR D'ENFANTS

La conservation des ovocytes sans indication médicale

Louis BUJAN, professeur émérite de biologie et médecine de la reproduction, Unité DEFE Inserm 1203, Université Toulouse III, CECOS, CHU Toulouse

La conservation des ovocytes sans indication médicale est possible depuis la loi n° 2021-1017 du 2 août 2021 relative à la bioéthique. Antérieurement, seule une indication médicale permettant d'anticiper un risque de perte de fertilité autorisait cette conservation. Désormais, toute femme peut, pour son propre projet futur, procéder au recueil, à la conservation préalable et à l'utilisation ultérieure de ses ovocytes sans devoir justifier d'un risque pathologique.

Cette évolution législative s'inscrit dans une dynamique sociétale. Elle répond au désir d'autonomie des femmes souhaitant préserver leur fertilité de manière préventive. Cette démarche nécessite néanmoins un parcours médical structuré : un bilan clinique et biologique préalable, une stimulation ovarienne contrôlée, le recueil des ovocytes sous anesthésie locale la plupart du temps, puis leur congélation.

L'ensemble du processus médical est intégralement pris en charge par l'Assurance maladie, à l'exception des frais de conservation annuelle, d'un montant modique de 40 à 45 euros. Cette politique de remboursement est unique au monde.

Cependant, des limites doivent être posées à cette offre nouvelle. D'abord, l'âge[11] : la conservation n'est autorisée qu'entre 29 ans et 37 ans, seuil au-delà duquel la qualité ovocytaire décline significativement. La fertilité féminine décroît inéluctablement avec l'âge et aucune technique ne peut inverser cet effet du temps. Par ailleurs, l'utilisation ultérieure des ovocytes est permise jusqu'à 45 ans, âge au-delà duquel les risques obstétricaux deviennent trop élevés pour la mère et pour l'enfant.

À ces critères d'âge s'ajoutent des critères médicaux d'exclusion : une femme dont l'état de santé rendrait le parcours de stimulation ou de ponction dangereux, par exemple en cas de pathologie thromboembolique sévère, d'obésité massive ou d'insuffisance ovarienne prématurée, pourrait se voir refuser l'accès à la procédure. Chaque situation est examinée au cas par cas dans une logique de balance bénéfices/risques.

[11] Le lecteur trouvera l'ensemble des arguments justifiant des limites d'âge dans la délibération du Conseil d'Orientation de l'Agence de la Biomédecine en date du 14 juin 2025

Conservation d'ovocytes : entre progrès biomédical et contraintes sociales

Le parcours de conservation se déroule en plusieurs étapes précises : consultation médicale et bilan clinique et biologique initial, rencontre éventuelle avec l'anesthésiste, stimulation ovarienne par injections quotidiennes pendant environ dix jours, suivi échographique et biologique étroit, puis ponction ovarienne sous anesthésie locale. Ce processus, bien que sécurisé, n'est pas exempt de risques : des complications sévères surviennent dans 0,7% des cas et des complications mineures dans 1,5% des cas, selon la littérature scientifique.

Il s'agit d'un parcours lourd, souvent évoqué par les patientes elles-mêmes, en raison de sa durée, de sa technicité et de sa charge émotionnelle. Lorsque la femme souhaite utiliser ses ovocytes, ceux-ci sont décongelés, placés en milieu de culture, puis fécondés par ICSI (injection intracytoplasmique de spermatozoïde). Cependant, la réussite n'est jamais garantie à 100 %.

Se pose alors la question de l'efficacité réelle de cette stratégie. La France n'ayant pas eu de pratique jusqu'alors, il faut aborder la littérature scientifique pour répondre à cette question. Seules 8 à 10 % des femmes ayant conservé leurs ovocytes en font usage. Pour obtenir une probabilité de 70 % d'avoir un enfant vivant, il faut environ 15 ovocytes congelés, soit souvent deux cycles de ponction étant donné qu'une ponction moyenne permet de recueillir 9 à 10 ovocytes.

La conservation ne doit donc pas être présentée comme une assurance absolue d'avoir un enfant. De plus, certaines femmes ne recourront jamais à leurs ovocytes conservés. Dans ces cas, deux options s'offrent : arrêter la conservation (et donc procéder à la destruction des ovocytes) ou consentir à leur don pour d'autres femmes, dans le cadre d'un don d'ovocytes.

Depuis la promulgation de la loi, la demande de conservation a fortement augmenté : 26 000 à 27 000 demandes en deux ans, avec 11 000 consultations réalisées. La majorité des demandes provient d'Île-de-France (59 %), le reste se répartissant sur tout le territoire. Toutefois, le délai d'accès est long : en moyenne 10 mois, mais il peut varier de 5 à 30 mois selon les régions.

Concernant le profil des femmes ayant conservé leurs ovocytes, la majorité se situe entre 35 et 37 ans, ce qui n'est pas optimal en termes de qualité ovocytaire. 31 % des femmes étaient âgées de 30 à 34 ans, 4 % avaient 29 ans.

Cette situation révèle plusieurs défis. Le premier est celui d'une information honnête et complète sur la réalité du déclin de la fertilité féminine avec l'âge, dès l'adolescence, afin que les femmes puissent faire des choix éclairés. A l'inverse de campagnes publicitaires étrangères qui présentent la congélation d'ovocytes comme une méthode pour « figer le temps », message très réducteur et trompeur.

La loi interdit toute prise en charge directe ou indirecte des frais de conservation par un employeur ou toute personne ayant une autorité économique ou hiérarchique sur la femme, afin de garantir la liberté de décision.

Enfin, une réflexion éthique et sociale plus large serait utile. La conservation des ovocytes accroît certes l'autonomie des femmes mais doit aussi interroger : ce choix est-il pleinement libre ou est-il contraint par des facteurs sociaux tels que l'inégalité professionnelle ou la pression du temps biologique ? Plutôt que de pallier ces contraintes par des moyens médicaux imparfaits et lourds, la société ne devrait-elle pas renforcer la place des femmes, par exemple en garantissant des carrières compatibles avec la maternité et en promouvant un véritable respect du rythme de vie des femmes.

La technique de conservation est une opportunité réelle mais non une solution miracle, et le véritable progrès sociétal réside peut-être moins dans l'offre technique que dans l'évolution du regard et du soutien apportés aux projets de maternité.

Parcours de PMA, modalités et accompagnement des couples

Françoise SHENFIELD, professeure associée émérite, gynécologue endocrinologue à l'unité de médecine reproductive University College Hospital London et l'Institute for Women's Health, University College London

En matière de fertilité, les progrès majeurs tels que les mesures hormonales de plus en plus sophistiquées, les progrès de l'imagerie échographique, la découverte de nouveaux marqueurs biologiques, ne peuvent occulter l'impact fondamental de l'âge.

Toutes les femmes ne sont pas égales face au temps. Certaines conserveront leur fécondité plus longtemps, tandis que d'autres développeront une insuffisance ovarienne prématurée, autrefois appelée ménopause précoce. Par définition, cette insuffisance survient avant l'âge de 40 ans, parfois bien plus tôt. Il existe par ailleurs des syndromes chromosomiques rares empêchant toute ovulation dès la naissance.

Aujourd'hui, un couple sur six rencontres des difficultés pour concevoir un enfant. Cette donnée concerne les couples hétérosexuels, et la demande de femmes seules et de couples de femmes, désormais éligibles en France depuis la révision de la loi de bioéthique de 2021, augmente également. Cette possibilité existe depuis 1990 en Grande-Bretagne. Elle ne concerne pas les couples d'hommes en raison de l'interdiction de la gestation pour autrui en France.

Les connaissances de base en santé reproductive mériteraient d'être mieux diffusées auprès du grand public. Un cycle menstruel régulier est en général un indicateur d'ovulation normale. En revanche, des cycles anormalement courts ou longs, ou l'absence de règles, doivent conduire à une consultation sans tarder, sans attendre les délais traditionnels d'un an de tentatives infructueuses. De plus, des infections sexuellement transmissibles, si elles sont mal soignées, peuvent altérer la fertilité future, d'où l'importance d'une meilleure éducation des jeunes à ces notions.

Les premiers recours thérapeutiques en assistance médicale à la procréation sont relativement simples, avec l'induction de l'ovulation, possible dans de nombreux cas. Avec un minimum de médication, souvent par voie orale ou injectable, accompagnée d'un suivi échographique, nombre de situations peuvent être résolues, avant même d'envisager des démarches plus complexes. Toutefois, le poids psychologique de ces traitements est lourd. Le stress lié à l'organisation professionnelle, aux contraintes horaires, à la nécessité de justifier des absences pour les examens, s'ajoute aux difficultés médicales.

Les hommes sont eux aussi affectés psychologiquement, bien qu'ils en parlent moins spontanément. Environ un tiers des cas d'infertilité sont dus à un facteur masculin seul, un tiers à un facteur féminin lié principalement à l'ovulation, un tiers à des anomalies tubaires, et dans 50% des cas, plusieurs facteurs sont simultanément en cause. D'où l'importance de bilans initiaux complets, intégrant analyses hormonales, échographies et explorations tubaires si besoin.

À la question que posent presque systématiquement les couples : « Quand pourrons-nous espérer être parents ? », les chances sont toujours étroitement liées à l'âge. À 27 ans, sauf situation particulière, les perspectives restent très favorables. Toutefois, les parcours tendent à débuter de plus en plus tard, souvent autour de 33 à 35 ans ou au-delà, sous l'effet de l'évolution sociétale.

Les délais d'accès aux soins spécialisés sont souvent de plusieurs années, aggravés par le manque de professionnels, de créneaux échographiques et de moyens humains. Cependant, d'immenses progrès ont été réalisés en matière de fécondation in vitro. Les taux de succès sont aujourd'hui comparables à ceux d'une conception naturelle chez une jeune femme fertile.

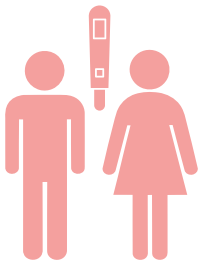
L'accès aux traitements est différent selon les pays. En Grande-Bretagne, le nombre de cycles d'AMP par habitant est inférieur de 25 à 30 % à celui observé en France. En Europe, les pays les plus performants en matière d'accessibilité sont la Belgique, le Danemark et la République tchèque. Plus les soins sont pris en charge, plus le recours aux techniques est efficace et généralisé.

L'impact émotionnel de l'infertilité est fort. De nombreux couples sont confrontés à l'annonce d'une grossesse dans leur entourage alors qu'eux-mêmes peinent à concevoir.

La parole s'est libérée grâce à une meilleure médiatisation du sujet, aidant à briser les tabous.

La première grossesse en Europe survient en moyenne autour de la trentaine et des politiques publiques favorisant la parentalité précoce, notamment par l'accès facilité aux crèches universitaires et professionnelles, seraient utiles.

1 couple sur 6
rencontre des difficultés à concevoir un enfant



3,7%
des naissances en France en 2022 sont issues de l'AMP

70 à 75%
des patients engagés dans un parcours AMP deviennent parents

Selon les chiffres de l'INSEE pour 2022, près de 726 000 enfants sont nés vivants en France, dont 3,7 % issus de l'AMP, une proportion en augmentation constante. Les nombreuses pressions sociales ressenties par les patients, famille, amis, environnement professionnel, parfois même leur propre autocritique, alourdissent encore le parcours de projet parental.

L'infertilité est souvent vécue comme une injustice, un sentiment exacerbé par les années passées à éviter soigneusement les grossesses « au mauvais moment », avant de se heurter à l'impossibilité d'en déclencher une « au bon moment ». Cette douleur peut être rapprochée de celle d'un deuil, avec ses différentes phases décrites par les psychologues : déni, colère, dépression, acceptation.

Si la parentalité génétique n'est pas toujours accessible à tous, près de 70 à 75 % des patients engagés dans un parcours d'AMP deviennent tout de même parents, que ce soit par conception naturelle, AMP ou recours au don de gamètes.

Il est important d'accompagner ces choix, y compris les démarches de deuil génétique. De plus, les progrès majeurs réalisés depuis 1992, notamment grâce à l'ICSI (Intra Cytoplasmic Sperm Injection), ont radicalement transformé la prise en charge des infertilités masculines sévères.

Les avancées techniques doivent aller de pair avec une prise en compte empathique de la souffrance psychologique des patients, afin de les guider avec respect, soutien et humanité sur le chemin de la parentalité.

DISCUSSION

Dans les pays développés, les taux de natalité chutent. La France, traditionnellement au-dessus de nombreux pays européens, est désormais passée en dessous du seuil de renouvellement des générations, avec un taux avoisinant 1,74 enfant par femme.

Certains pays, parfois moins démocratiques, mettent en œuvre des politiques natalistes très volontaristes. N'existerait-il pas une tentation d'utiliser la procréation médicalement assistée (PMA) comme un outil de politique nataliste ?

Selon Françoise SHENFIELD la question a en effet été abordée dans certains articles académiques, notamment par un économiste de la santé ayant travaillé sur ce sujet il y a une quinzaine d'années. Cependant, aucune preuve concrète n'existe pour démontrer que l'accès facilité à la PMA entraîne une augmentation significative du taux de natalité d'un pays. Le problème est bien plus profond et repose sur l'acceptation sociale du fait qu'une femme puisse étudier ou travailler et en même temps créer sa famille relativement jeune. Selon la formule du pédiatre et psychanalyste Donald WINNICOTT, il faut que cela soit "good enough", suffisamment bon, même si ce n'est pas parfait. Beaucoup de femmes devenues mères solos n'ont pas volontairement différé leur maternité ; elles n'ont simplement pas rencontré l'homme avec lequel elles souhaitaient construire une famille avant 37 ou 38 ans. Ce phénomène majoritaire illustre le décalage entre aspirations individuelles et réalités sociales. L'information sur la fertilité décroissante après 35 ans reste encore insuffisamment diffusée.

La question de l'équité d'accès aux soins est posée. Le nombre de femmes atteignant l'âge de 30 ans chaque année en France est estimé à environ 400 000. Si 10 % d'entre elles souhaitait avoir recours à la conservation ovocytaire ou à la PMA, cela représenterait 40 000 demandes annuelles, volume difficilement soutenable, même pour un pays disposant de ressources relativement importantes.

Françoise SCHENFIELD confirme la lourdeur de l'organisation nécessaire. Si l'accès a été récemment élargi au secteur privé, organiser les parcours de dons de gamètes reste très complexe. Si l'expérience historique des CECOS (Centres d'Étude et de Conservation des Œufs et du Sperme humains), initiée en France dans les années 1970 par le Pr DAVID, constitue un héritage exceptionnel, recruter des donneuses et des donneurs reste aujourd'hui l'un des défis les plus difficiles en médecine de la reproduction.

Pour encourager le don, l'Agence de la biomédecine (ABM), a lancé des campagnes de sensibilisation telles que « Donnez pour qu'une vie soit possible ». Cependant, la complexité du don s'est accrue depuis que l'anonymat a été levé. Aujourd'hui, le donneur doit accepter que l'enfant né d'un don puisse connaître son identité à sa majorité.

En Grande-Bretagne, la levée de l'anonymat n'a pas drastiquement réduit le nombre de donneurs. Toutefois, près de la moitié du sperme utilisé en Grande-Bretagne est aujourd'hui importé, principalement du Danemark, pays dont certains centres se sont spécialisés dans le recrutement

international de donneurs, en conformité avec les législations nationales respectives. Contrairement à la Grande-Bretagne, la France interdit l'importation de gamètes pour la PMA, ce qui complique davantage la réponse à la demande croissante. Les lois encadrant la PMA dans les pays européens varient fortement. En Allemagne, par exemple, le don d'ovocytes demeure interdit, poussant les femmes à se rendre dans d'autres pays comme la République tchèque pour accéder à ces traitements.

Un phénomène de "cross-border reproductive care" ou les soins reproductifs sont fait en transfrontaliers, existe mais est difficile à quantifier précisément. Des études sont actuellement en cours pour mieux mesurer ces mobilités internationales, notamment grâce au suivi des remboursements de soins engagés à l'étranger, ce qui pourrait fournir des données plus fiables dans les prochaines années.

Traverser une épreuve de fertilité

Marie FINDLING, fondatrice de la plateforme "Ensemble Healthcare"

Le partage de ce témoignage d'une femme issue de la société civile renvoie à une expérience intime et personnelle, mais aussi profondément universelle et collective. Il concerne les fausses couches à répétition et l'ensemble des parcours accidentés de la parentalité : infertilité, stérilité, arrêts spontanés, volontaires ou médicaux de grossesse, parcours de PMA, deuil périnatal.

Bien que chaque expérience soit différente, ces parcours forment souvent un continuum dans la vie des femmes, chaque épreuve pouvant faire résonner des traumatismes passés. Ainsi, une femme suivant un parcours de PMA peut être amenée à revisiter un avortement antérieur, révélant la complexité et l'enchevêtrement de ces chemins de fertilité.

En 2020, Marie FINDLING et son mari accueillent un premier enfant naturellement, une grossesse décrite comme heureuse, suivie d'un accouchement sans difficulté. Convaincus qu'ils pouvaient contrôler leur projet familial, ils décident d'attendre « le bon moment » pour un deuxième enfant. Toutefois, lorsque ce moment arrive, la réalité frappe durement. Au lieu d'une nouvelle naissance, ils vivent trois grossesses successives, toutes interrompues. Pendant un an et demi, grossesses précaires et fausses couches s'alternent, entre espoir et douleur. Les difficultés physiques et psychologiques majeures endurées durant cette période, sont notamment marquées par un biais de genre : la focalisation quasi exclusive des examens sur elle, alors que le facteur masculin sera finalement identifié comme significatif.

Dans le milieu professionnel, la maternité est mieux prise en compte que le désir de grossesse ou la perte précoce. Ayant choisi d'en parler dans son entreprise, Marie FINDLING se heurte à un profond malaise, même parmi les cadres expérimentés, ainsi qu'à des réactions d'incompréhension, jusqu'à des comparaisons maladroites, telles que celle assimilant une fausse couche à une crise d'appendicite.

En s'impliquant dans le réseau de parentalité de son entreprise, elle recueille des témoignages saisissants : femmes pratiquant leurs injections de FIV dans des parkings, ou quittant leur entreprise faute de soutien, non pas en raison d'une incompatibilité avec la maternité future, mais d'une incapacité à conjuguer désir d'enfant et vie professionnelle actuelle. Ces souffrances restent souvent invisibles pour les dirigeants, faute d'une parole suffisamment libre sur le sujet.

Beaucoup de femmes sont concernées par des épreuves de fertilité, même si la solitude reste fréquente. L'épreuve frappe différemment les hommes et les femmes, générant parfois des incompréhensions dans le couple : culpabilité, honte et colère pour elle ; impuissance et retrait dans le travail pour son mari. Ce décalage émotionnel creuse parfois des distances difficiles à combler.

Un épisode a été particulièrement marquant. Une fausse couche est survenue brutalement alors qu'elle sortait de la crèche avec sa fille aînée. Cet événement brutal cristallise la difficulté d'expliquer l'inexplicable à un enfant et la vulnérabilité extrême dans laquelle plongent ces expériences.

Accéder à un soutien psychologique spécialisé peut s'avérer difficile ; avec parfois, l'obstacle émotionnel de devoir fréquenter une maternité pour recevoir un soutien, alors même que l'épreuve liée à la perte d'un enfant y est omniprésente.

Les dispositifs proposés ne sont pas toujours adaptés : thérapies exclusivement orales, horaires imposés, manque d'adaptation aux besoins spécifiques de chaque patient, entre une approche médicale paternaliste (*« Reprenez un peu de progestérone et réessayez »*) et une approche psychologique trop maternante (*« Si ça ne va pas, vous m'appelez »*), sans explication suffisante, ni réelle prise en compte de l'autonomie du patient.

C'est de ce constat qu'est née l'idée d' « *Ensemble* », une solution d'accompagnement psychologique novatrice, pensée avec des psychologues spécialisés en périnatalité. L'approche repose sur deux piliers : d'une part, des activités de réflexion personnelle guidées, que chaque patient peut réaliser à son propre rythme, dans

Évolution du droit à l'IVG en France (1975-2024)

son environnement choisi ; d'autre part, des séances régulières de téléconsultation avec un professionnel dédié, évitant ainsi la contrainte douloureuse de devoir se rendre dans une maternité. L'accompagnement est proposé aux femmes comme aux hommes, seuls ou en couple. Pour l'instant, c'est dans ce cadre que les hommes consultent. Ne pas rester seul face à une épreuve de fertilité est essentiel. L'isolement aggrave la souffrance, impacte la santé physique et mentale, fragilise les couples et compromet la suite du parcours, y compris le vécu de la parentalité en cas de succès du projet.

L'épreuve de l'infertilité laisse une empreinte durable, dans chaque rendez-vous gynécologique futur, dans chaque interrogation médicale. Pour traverser ce chemin difficile, il est essentiel de s'entourer, de comprendre, d'être acteur de son parcours, et de se préparer dès que possible à accueillir l'enfant, si et quand il viendra, avec le maximum de sérénité possible.

L'IVG est un soin, un droit, une solution, mais son accès est inégal en France

Philippe FAUCHER, gynécologue obstétricien, hôpital Trousseau, (AP-HP)

L'avortement sécurisé est reconnu comme un soin de santé essentiel par l'Organisation Mondiale de la Santé, qui a mis à jour ses recommandations en 2022. Dans chaque pays, des sociétés savantes, comme l'American College aux États-Unis, le Royal College au Royaume-Uni, ou le Collège national des gynécologues-obstétriciens en France, émettent des recommandations pour la pratique de l'IVG.

De grandes organisations humanitaires, comme Médecins sans frontières et Médecins du monde, ont également intégré depuis quelques années la nécessité d'assurer un accès à l'IVG sécurisé dans leurs missions internationales. Amnesty International a, pour sa part, révisé en 2020 sa politique pour reconnaître que l'accès à un avortement sécurisé est essentiel à la réalisation des droits humains et pour la justice en matière de genre.

Plus de 40 % des femmes dans le monde vivent dans des pays où l'IVG est interdite ou sévèrement restreinte, mettant leur vie en danger. Chaque année, au niveau mondial, entre 22 000 et 44 000 femmes meurent des suites d'avortements non sécurisés. Aux États-Unis, la récente remise en cause du droit à l'avortement dans plusieurs États a déjà conduit à des décès liés à des refus de soins, et la mortalité infantile a augmenté de 7 %.

Depuis mars 2024, l'IVG est inscrite dans la Constitution française, consacrant ainsi une liberté fondamentale, à la suite d'un long parcours législatif : la loi de 1975 qui présentait la femme comme étant en détresse, la loi de 2001 supprimant l'entretien social obligatoire pour les majeures, la suppression de la notion de détresse en 2014, et enfin la suppression du délai de réflexion obligatoire en 2016.

Malgré ces avancées, certains discours continuent à dramatiser l'avortement en se référant à l'esprit de la loi de 1975, citant notamment Simone Veil : "*L'avortement est un drame et restera toujours un drame.*" Cette idée est contestée à la lumière des études récentes, affirmant qu'aucune conséquence psychologique négative à long terme n'est démontrée pour l'IVG, si celle-ci est pratiquée dans de bonnes conditions d'accueil et sans culpabilisation.

L'existence de la clause de conscience spécifique à l'IVG, superposée à la clause générale pour tous les actes médicaux fait qu'aujourd'hui, un médecin ou une sage-femme peut refuser à deux titres d'aider une femme souhaitant avorter, ce qui apparait comme profondément stigmatisant pour cet acte médical particulier.

243 600 IVG ont été pratiquées en France en 2023, soit une augmentation de 3,7 % par rapport à 2022. Chaque année, cette augmentation suscite une avalanche de questionnements médiatiques.

Cette focalisation sur les chiffres, expression d'une agitation morale face au fait que des embryons ou des fœtus n'ont pas été portés à terme, est regrettable alors même que l'alternative serait de contraindre les femmes à poursuivre des grossesses non désirées.

Le vrai enjeu de santé publique est la prévention des grossesses non prévues en permettant aux femmes le libre choix de leur contraception, en proposant un accompagnement respectueux de leurs choix, sans injonction sur l'efficacité supposée d'une méthode particulière.

L'implication des hommes dans la contraception, notamment à travers la vasectomie ou les recherches sur une contraception masculine hormonale ou thermique, est nécessaire.

L'inégalité d'accès à l'IVG en France est réelle. Les disparités territoriales sont aggravées par la pénurie de professionnels de santé et la fermeture d'hôpitaux. Les avancées de ces dernières années : autorisation de l'IVG par aspiration sous anesthésie locale en centre de santé, extension de la compétence des sage-femmes, et utilisation de la téléconsultation pour l'IVG médicamenteuse sont à souligner mais restent insuffisantes.

Les Agences Régionales de Santé (ARS) savent parfaitement diagnostiquer les dysfonctionnements sur leur territoire, mais ont peu de leviers pour imposer des changements. Les professionnels ou établissements qui restreignent l'accès à l'IVG ne sont pas sanctionnés.

Pour les femmes contraintes de se rendre à l'étranger, aux Pays-Bas ou en Espagne pour avorter au-delà du délai légal français de 16 semaines, le coût est prohibitif. Selon l'étude de Silvia De ZORDO, plus de la moitié des femmes concernées n'avaient eu confirmation de leur grossesse qu'après 14 semaines, rendant illusoire une résolution du problème par une simple accélération du parcours de soin.

Une question de fond se pose : faut-il un délai légal pour avorter ? Au Canada, l'absence de délai maximal n'a pas entraîné d'abus, 80 % des IVG y étant réalisées avant 12 semaines, et moins de 1% après 20 semaines.

Le délai légal au-delà de 16 semaines, pourrait-il être allongé en France ? Quelles pistes d'amélioration peuvent-elles être proposées pour que soit renforcé un véritable accès universel, sécurisé, et respectueux au droit fondamental d'avorter ?

2 SUIVI DE GROSSESSE ET POST-PARTUM

La grossesse n'est pas une maladie, alors pourquoi faut-il un suivi médical ?

Laurent MANDELBROT, professeur de gynécologie obstétrique, chef de service, hôpital Louis Mourier, AP-HP, Colombes

La représentation contemporaine de la grossesse dans l'esprit médical est celle d'un phénomène naturel, « qui n'est pas une maladie ». Pourtant, la médicalisation de la grossesse semble s'intensifier, soumettant les femmes enceintes à une série d'examens itératifs et parfois générateurs de stress. *« La grossesse n'est pas une maladie... alors pourquoi un suivi médical ? »*

Malgré son caractère naturel, la grossesse reste un événement physiologique potentiellement à risque. Le suivi médical a permis, au cours des siècles, de réduire de manière spectaculaire les taux de mortalité périnatale et maternelle. La différence entre les pays disposant de ressources et ceux qui en sont dépourvus se manifeste dramatiquement, plus encore que sur la mortalité périnatale, sur la mortalité maternelle : en France, elle est de moins de 10 pour 100 000 naissances ; au Nigeria et au Sud-Soudan, elle est cent fois plus élevée. Le système de santé joue un rôle important, bien qu'il y ait bien d'autres raisons pour cela. C'est pour répondre à ce fléau que l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) recommande actuellement huit consultations prénatales, contre quatre auparavant, cet indicateur figurant parmis les objectifs de développement de l'ONU. Les recommandations françaises prévoient sept consultations prénatales, trois échographies obligatoires, une consultation d'anesthésie, huit séances de préparation à la naissance dont un entretien prénatal précoce ainsi qu'un bilan prénatal de prévention récemment introduit.

Selon l'OMS, la santé ne se réduit pas à l'absence de maladie, mais englobe un état complet de bien-être physique, mental et social. Ainsi, le suivi de grossesse ne peut se résumer à une accumulation de gestes médicaux : il doit viser à accompagner le bien-être global de la femme enceinte.

On ne peut dire qu'une grossesse est "normale" qu'une fois l'accouchement terminé et l'enfant en bonne santé. En attendant, le suivi médical tente de repérer les anomalies en évitant de générer des angoisses inutiles. C'est un équilibre complexe.

Dans les pays à faibles ressources, une balance, un tensiomètre, une bandelette urinaire et un dialogue suffisent déjà à améliorer significativement les issues de grossesse. En France, la médecine périnatale dispose de moyens plus sophistiqués, mais cela n'exclut pas des problèmes liés à une médicalisation excessive. En pratique, les patientes elles-mêmes consomment plus d'examens que ce qui est officiellement recommandé. Le nombre moyen d'échographies par grossesse est deux

fois plus que les trois préconisées, tandis que l'adhésion aux cours de préparation à la naissance, à l'entretien prénatal et au bilan de prévention reste incomplète. Ce ne sont donc pas uniquement les médecins qui poussent à la médicalisation ; la demande des patientes existe également.

L'accent mis sur la prévention des addictions (alcool, tabac autres drogues), des infections, des violences, et sur la santé mentale, progresse difficilement dans les consultations, tandis que les examens techniques restent prédominants. Les informations sur des risques importants, tels que celui du cytomégalovirus ou des vaccinations recommandées, sont encore insuffisamment relayées.

Il reste difficile d'intégrer pleinement l'écoute et l'accompagnement personnalisé dans les consultations de routine, en particulier dans un système de santé sous tension. Ainsi, l'exemple de l'échographie, jadis vécue comme un moment de joie familiale pour découvrir le sexe du bébé, est désormais encadrée par un consentement écrit formel, évoquant la recherche d'anomalies graves et incurables. Ce glissement de perception transforme un examen joyeux en source d'angoisse, renforcée par l'usage d'un vocabulaire technique alarmant : clarté nucale, macrosomie, hypotrophie, etc. La valeur prédictive de nombreux examens reste modérée, et il est donc crucial d'accompagner les résultats avec discernement, sans générer de stress disproportionné.

Selon l'enquête nationale périnatale, plus de 90 % des femmes se disent satisfaites de leur suivi prénatal. Toutefois, des « trous dans la raquette » persistent : difficultés d'accès aux soins, rendez-vous imposés à horaires rigides, disponibilité inégale des praticiens, déserts médicaux même en zones favorisées. Les parcours de soins, notamment entre la médecine de ville (sage-femmes) et l'hôpital, fluides et coordonnés, est encore trop souvent marqué de rupture, exposant certaines femmes à des risques évitables par manque d'orientation adéquate. Une orientation erronée et l'absence de détection des risques, qui peuvent conduire à des événements dramatiques évitables, sont souvent identifiés a posteriori dans les revues de morbidité-mortalité. Le respect de l'éthique dans les soins progresse du fait de la prise de conscience des usagers et des professionnels. La dimension sociétale de notre suivi prénatal repose sur une interaction entre les politiques de santé, les professionnels et les patients. Toutefois, encore aujourd'hui, 10% des femmes rapportent avoir vécu des propos ou des gestes déplacés lors de leur suivi prénatal ou de l'accouchement, et certaines ressentent un sentiment d'infantilisation, voire se tournent vers des pratiques parallèles en réponse à une insatisfaction du suivi conventionnel, avec un risque de dérives charlatanesques. Ces recours témoignent souvent d'un besoin réel d'écoute et d'humanité insuffisamment rencontré dans les parcours traditionnels.

Les professionnels ont un devoir particulier de s'améliorer en continu, notamment en cultivant une compétence clinique, une capacité d'écoute authentique et une communication adaptée et progressive des informations médicales pour éviter d'amplifier inutilement les inquiétudes.

Le post-partum, une période de vulnérabilité

Sarah TEBEKA, psychiatre spécialisée en périnatalité et maître de conférences des Universités, Université Paris Cité

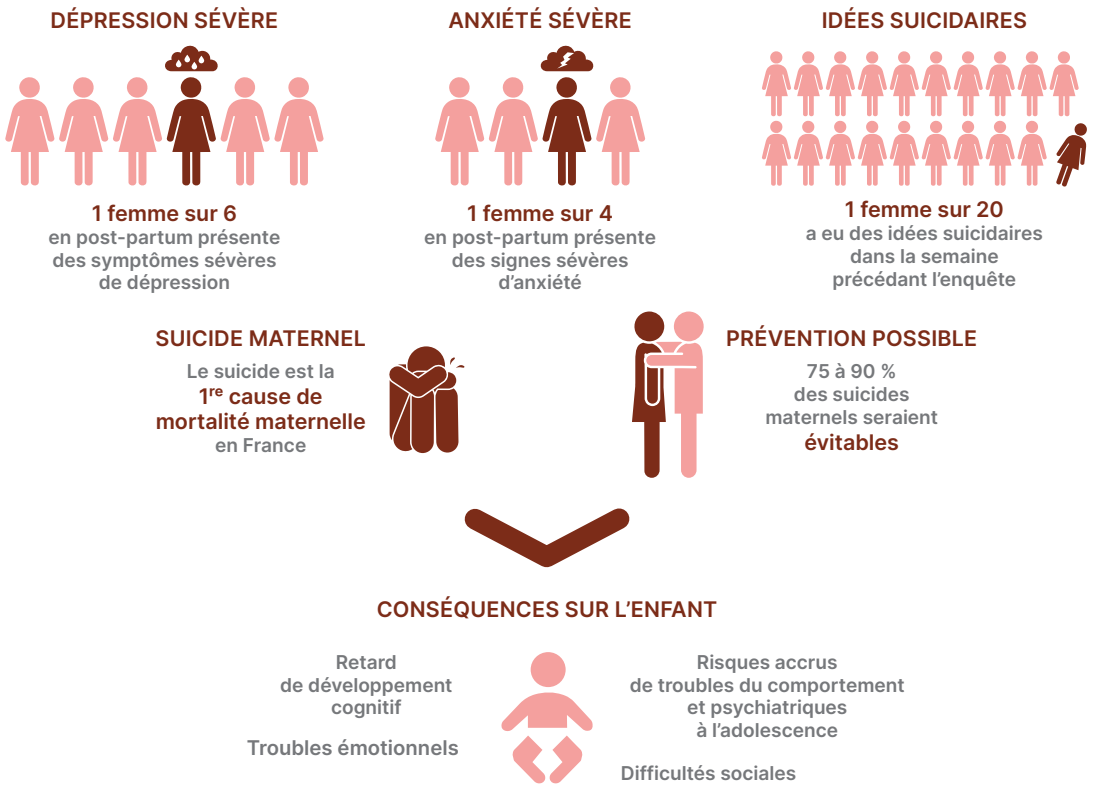
La période du post-partum, correspondant aux semaines et mois suivant l'accouchement, est historiquement reconnue comme une période de vulnérabilité psychique pour les femmes ; Hippocrate décrivait déjà « la folie des parturientes ». Ce phénomène n'est ni nouveau ni anecdotique. Aujourd'hui, une compréhension plus exhaustive est disponible grâce aux recherches contemporaines, notamment sur l'anxiété maternelle. Un certain niveau de stress est normal, adaptatif et attendu après une naissance, compte tenu des profondes transformations corporelles, biologiques, cérébrales, et organisationnelles qu'implique l'arrivée d'un enfant. Il faut distinguer avec soin ce stress normal de la pathologie psychique.

Les troubles anxieux psychiatriques concernent entre 10 et 30 % des femmes et la dépression touche 10 à 20 % d'entre elles en post-partum, chiffres confirmés par l'enquête nationale périnatale de 2021. Cette enquête, exhaustive, comporte un volet prospectif avec réévaluation à deux mois postnatals par le questionnaire d'Édimbourg (EPDS). Une femme sur six présente des symptômes sévères de dépression, une sur quatre des symptômes sévères d'anxiété, et une sur vingt a eu des idées suicidaires dans la semaine précédant l'enquête. Ces données, ne sont pas surprenantes au regard de la littérature internationale. De plus, le suicide maternel est la première cause de mortalité maternelle en France, comme dans d'autres pays.

Cette vulnérabilité psychique du post-partum ne concerne pas uniquement la mère, mais aussi son bébé, puisque l'exposition à la dépression maternelle est associée à des troubles du développement cognitif, émotionnel, social, ainsi qu'à des risques accrus de troubles du comportement et psychiatriques à l'adolescence et à l'âge adulte ; d'où la nécessité de considérer conjointement la santé mentale de la mère et de l'enfant.

La moitié des dépressions périnatales ne sont pas diagnostiquées et dans un tiers des cas,

Santé mentale en post-partum : un enjeu majeur



ces dépressions débutent dès la grossesse, ce qui représente une opportunité de dépistage et d'intervention précoce lors des nombreuses consultations prénatales.

Il est important de renforcer le dépistage, en brisant les idées reçues et la peur des soins psychiatriques, en rappelant qu'un diagnostic psychiatrique ne doit pas être perçu comme un stigmate mais comme une étape vers des soins adaptés. Parmi les leviers d'action, l'amélioration des connaissances générales sur la santé mentale périnatale dès l'école, non pour psychiatriser la grossesse, mais pour intégrer l'idée que c'est une période de grande vulnérabilité psychiatrique, la plus importante dans la vie d'une femme.

Il est essentiel d'informer les femmes elles-mêmes durant la grossesse, pour qu'elles puissent reconnaître des signes d'alerte et solliciter une aide. Les partenaires jouent un rôle important et doivent également être sensibilisés pour détecter précocement les signes de détresse et soutenir les (futures) mères dans l'accès aux soins. De plus, médecins du travail et employeurs doivent être vigilants lors du retour des congés maternité.

Tous les professionnels de première ligne doivent être formés (formation initiale et continue) car leur rôle dans le repérage est déterminant. Lorsque les patientes arrivent en consultation spécialisée, c'est grâce au travail préalable de repérage effectué par ces professionnels, qui doivent être capables de dépister et d'orienter vers les soins spécialisés, sans se substituer aux psychiatres. Des difficultés d'orientation liées à la stigmatisation, aux inégalités d'accès aux soins selon les territoires existent mais il y a tout de même des ressources : PMI, CMP, dispositif Mon Psy offrant dix consultations remboursées, téléconsultations... Cette dernière n'est pas optimale mais représente un outil précieux dans certains contextes. La dépression du post-partum est une entité hétérogène, nécessitant des prises en charge elles aussi diverses : soutien social, psychothérapie, traitement médicamenteux, hospitalisation si besoin.

La dépression du post-partum est largement sous-diagnostiquée, son dépistage et son orientation doivent être grandement améliorés. Une prise en charge adaptée permet de traiter efficacement la dépression, avec une vigilance constante portée à la mère, au bébé et à l'ensemble du système familial, tous impactés par la souffrance maternelle.

En réponse à une question sur l'effet des congés de paternité plus longs sur la santé mentale des mères, les résultats de la littérature internationale sont hétérogènes en raison de différences majeures dans les systèmes de soins. En France, une enquête a montré que l'extension du congé paternité améliorait la santé des pères, mais

paradoxalement, semblait dégrader celle des mères, même si ces résultats doivent être interprétés avec prudence en raison des limites méthodologiques. La présence et l'implication du père ou du coparent est un soutien majeur pour la mère.

Post-partum : Qui peut aider ? Un réseau de soins autour de la mère

Le post-partum est comme un angle mort dans la santé des femmes, l'isolement social est violent pour les jeunes mères, malgré l'apparente évidence de la joie d'avoir un enfant.

Concernant la dépression paternelle, le sujet est récent et encore tabou. Contrairement à la dépression maternelle documentée depuis l'Antiquité, la dépression paternelle n'est étudiée que depuis 30 à 40 ans. La littérature recense 8 à 10 % des pères concernés, chiffre loin d'être anecdotique. Le repérage est encore plus faible que chez les mères. Les conséquences pour les enfants sont similaires à celles d'une dépression maternelle. Dans 25 à 50 % des cas, la dépression paternelle est associée à une dépression maternelle, avec un impact accru sur les enfants lorsque les deux parents sont touchés.

Sur le sujet de la technicisation de la médecine et ses conséquences sur la perte d'empathie, des réformes récentes remettent au centre des études médicales la communication, le comportement, et l'empathie. Le dépistage de la dépression périnatale est efficace, grâce à des outils simples et validés comme l'échelle d'Édimbourg, utilisés même par des professionnels non spécialisés.

75 à 90 % des suicides maternels seraient évitables, principalement en améliorant la communication entre professionnels de différentes spécialités, de la ville et l'hôpital. Le travail en réseau pour soutenir les femmes vulnérables, en mobilisant toutes les ressources existantes : travailleurs sociaux, TISF (technicien de l'intervention sociale et familiale), professionnels de santé est essentiel. Dépister, orienter, soutenir, améliorent la santé des femmes, des enfants et de leurs familles.

PISTES D'ACTIONS POUR LA SANTÉ DES FEMMES EN DÉSIR D'ENFANT ET EN PÉRIODE DE PÉRINATALITÉ

Les politiques, les décideurs publics, les acteurs de la recherche, les professionnels de santé, leurs enseignants, les personnels de l'éducation nationale, les médias, le grand public sont tous des acteurs de la santé des femmes, quel que soit leur sexe. Une synthèse des éléments clés qui se dégagent de ces conférences est proposée ci-dessous. Par souci de simplification, ils sont regroupés autour de trois principaux publics : décideurs publics, professionnels de santé, grand public.

Messages clés à destination des décideurs publics

Conservation préventive des ovocytes

- Renforcer les dispositifs d'information dès l'adolescence sur le déclin naturel de la fertilité féminine, en veillant à ce que cette démarche ne relève pas d'une logique de convenance sociétale.
- Soutenir financièrement et logistiquement les centres médicaux face à l'augmentation significative des demandes, réduire les délais actuels (jusqu'à 30 mois selon les régions).

Accès égalitaire à la PMA et à l'IVG

- Garantir une meilleure répartition géographique des soins de PMA et IVG, en mobilisant les ARS pour réduire les inégalités territoriales d'accès.
- Évaluer la possibilité d'allonger le délai légal pour l'IVG afin de réduire le recours à l'étranger.

Politiques publiques et parentalité

- Favoriser la parentalité précoce en développant l'accès aux crèches universitaires et professionnelles.
- Promouvoir une politique sociale et économique permettant une meilleure compatibilité entre carrière et maternité.

Messages clés à destination des décideurs publics

Santé mentale périnatale

- Déployer des campagnes nationales d'information sur la vulnérabilité psychique en période périnatale.
- Financer des formations continues spécialisées pour les professionnels de santé de première ligne sur le dépistage des troubles psychiatriques du post partum.
- Renforcer les dispositifs de soutien psychologique adaptés et accessibles à tous les territoires

Messages clés à destination des professionnels de santé

Gestion du désir d'enfant

- Intégrer une discussion sur l'impact de l'âge sur la fertilité dans les consultations de médecine générale, gynécologique et reproductive.
- Développer une prise en charge empathique et psychologique des couples traversant des parcours de fertilité complexes.

Suivi médical de la grossesse

- Éviter une surmédicalisation inutile en recentrant les consultations médicales et paramédicales sur l'écoute active et la prévention ciblée.
- Améliorer la coordination entre médecine de ville (sage-femmes libérales) et hôpital pour éviter les ruptures de parcours de soins.

Accompagnement post-partum

- Se former au dépistage précoce des troubles anxieux et dépressifs en postpartum.
- Multiplier l'usage d'outils simples et validés (échelle d'Édimbourg), et orienter rapidement vers des ressources spécialisées.
- Être attentif au vécu émotionnel des partenaires (pères/coparents), encore insuffisamment pris en charge.

Messages clés à destination du grand public

Préserver sa fertilité

- Soyez informés très tôt du déclin naturel et irréversible de la fertilité avec l'âge.
- La conservation des ovocytes est une option possible, mais non une garantie absolue d'avoir un enfant.

Parcours PMA et fertilité

- N'hésitez pas à consulter dès les premiers signes d'irrégularité du cycle menstruel.
- L'infertilité est une épreuve commune, souvent lourde émotionnellement : parlez-en ouvertement pour briser l'isolement.

Suivi médical de grossesse

- La grossesse nécessite un suivi médical pour prévenir et gérer efficacement les risques potentiels.
- Exprimez librement vos interrogations et besoins lors des consultations pour obtenir un accompagnement personnalisé, humain et respectueux.

Santé mentale et postpartum

- La dépression post-partum est fréquente et traitable : identifiez tôt les signes (troubles du sommeil, tristesse intense, anxiété excessive, idées suicidaires) et demandez de l'aide.

Messages clés à destination du grand public

- Les partenaires ont un rôle essentiel : tant pour leur vigilance quant aux difficultés de leur compagne, que leur aide à l'accompagnement vers les soins nécessaires.
- Ne restez jamais isolé(e) face à une souffrance psychique en période périnatale

CONCLUSION

Ce livre blanc sur la santé des femmes s'appuie sur les contributions croisées d'experts de différentes disciplines, médicales, sciences humaines et sociales, santé publique, ainsi que de professionnels de santé et de patientes, offrant une vision globale et nuancée de la santé des femmes. Il couvre l'ensemble des phases de vie, de l'adolescence au grand âge, ainsi que des contextes spécifiques, notamment le travail et les situations de vulnérabilité.

Plusieurs sujets sensibles ou tabous ont été abordés avec rigueur, tels que la santé mentale des adolescentes, la gestion du désir d'enfant, l'endométriose, l'accès à l'interruption volontaire de grossesse (IVG), ou encore les violences conjugales et la précarité. Ces thématiques, souvent négligées, témoignent d'une volonté de dépasser les silences qui entourent la santé féminine.

Certains domaines n'ont pas été explorés dans ce cycle de conférences, tels que les questions liées à la santé environnementale et l'impact différencié selon le sexe, les questions autour de la santé mentale de la femme adulte, la thématique du surpoids et de l'obésité, les aspects propres de la pratique sportive de haut niveau au féminin. Ces sujets méritent à leur tour une attention approfondie dans d'autres travaux, reflétant la richesse et la complexité des enjeux liés à la santé des femmes.

L'objectif de ce livre blanc est de sensibiliser, informer et mobiliser un large public — décideurs, professionnels de santé et grand public — en proposant des pistes de réflexion et d'action destinées à alimenter un dialogue continu et à encourager des interventions concrètes visant à réduire les inégalités de santé affectant les femmes.

Il est important de rappeler que la santé des femmes est intrinsèquement liée à celle des hommes : les déterminants biologiques et sociaux du sexe et du genre s'entrelacent. Une approche intégrée et individualisée est nécessaire pour une médecine plus équitable et efficace.

Enfin, améliorer la santé des femmes constitue un enjeu majeur pour l'ensemble de la santé publique. Cela demande une mobilisation collective, l'adoption de politiques publiques adaptées, ainsi qu'un renforcement constant des formations professionnelles. La prise en compte des dimensions sociales, culturelles, psychologiques et biologiques dans les soins, ainsi que l'intégration systématique des questions liées au sexe et au genre dans la recherche biomédicale et la formation médicale, sont fondamentales pour progresser vers une santé plus juste et globale pour tous.

BIBLIOGRAPHIE

Articles

Alcalde E, Rouquette A, Wiernik E, Rigal L. How do men and women differ in their depressive symptomatology? A gendered network analysis of depressive symptoms in a French population-based cohort, Journal of Affective Disorders, Volume 353, 2024, Pages 1-10. 0327,https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.02.064

Barret A-S, Blondel C, Pelat C, Lucas E, Fonteneau L, Lévy-Bruhl D. Influence des facteurs socio-économiques sur la vaccination contre les infections à papillomavirus humain chez les adolescentes en France. Bulletin épidémiologique hebdomadaire. 2019(22-23):441-50.

Barre S, Massetti M, Leleu H, Catajar N, de Bels F. Caractérisation des femmes ne réalisant pas de dépistage du cancer du col de l'utérus par frottis cervico-utérin en France. Bulletin épidémiologique hebdomadaire. 2017(2-3):39-47.

Biggs MA et al. Mental Health Diagnoses 3 Years After Receiving or Being Denied an Abortion in the United States. Am J Public Health. 2015;105(12):2557–63.

De Zordo S et al. Gestational age limits for abortion and cross-border reproductive care in Europe: a mixed-methods study. BJOG. 2021 Apr;128(5):838-845.

Ganatra B et al. Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010–14: estimates from a Bayesian hierarchical model. The Lancet. 2017 Nov 25;390(10110):2372-2381.

Hanguehard R, Gautier A, Soullier N, Barret A-S, Parent du Chatelet I, Vaux S. Couverture vaccinale contre les infections à papillomavirus humaain des filles âgées de 15 à 18 ans et déterminants de vaccination, France, 2021. Bulletin épidémiologique hebdomadaire. 2022(24-25):446-55.

Le Bihan-Youinou B., Martin C., « Travailler et prendre soin d'un parent âgé dépendant », Travail, Genre et Sociétés, no 16, 2006, p. 77-96.

Oliffe JL, Phillips MJ. Men, depression and masculinities: A review and recommendations. Journal of Men's Health, 5(3):194-202. https://doi.org/10.1016/j.jomh.2008.03.016.

Schiebinger L., Klinge I., Paik H. Y., et al. (Eds.) (2011-2020). Gendered Innovations in Science, Health & Medicine, Engineering, and Environment gendered innovations.stanford.edu).

Shield KD, Marant Micallef C, de Martel C, Heard I, Megraud F, Plummer M et al. New cancer cases in France in 2015 attributable to infectious agents: a systematic review and meta-analysis. Eur J Epidemiol. 2018 Mar;33(3):263-274.

Springer KW, Hankivsky O, Bates LM. Gender and health: relational, intersectional, and biosocial approaches. Soc Sci Med. 2012 Jun;74(11):1661-6.

Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, Dans T, Avezum A, Lanas F, McQueen M, Budaj A, Pais P, Varigos J, Lisheng L; INTERHEART Study Investigators. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. Lancet. 2004 Sep 11-17;364(9438):937-52.

Rapports

Académie nationale de médecine. L'inégalité de prise en charge de l'infarctus du myocarde chez les femmes en France, , 2025, 18p. rapport IDM et femme V6

ANACT. Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail. Endométriose et travail : 4 points clés et trois ressources à découvrir, 2025. Endométriose et travail : 4 points clés et trois ressources à découvrir | Anact

ANACT. Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail. Photographie de la sinistralité au travail en France selon le sexe, 2022. Photographie statistique de la sinistralité au travail en France selon le sexe | Anact

ANACT. Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail. Prévenir le sexisme au travail – les ressources à télécharger, 2024, www.anact.fr/prevenir-le-sexisme-au-travail-les-ressources-telecharger

Canadian Institutes of Health Research, Institute of Gender and Health. Science is better with sex and gender, Strategic plan 2018-2023. Ottawa: CIHR; 2018, 40p. igh_strategic_plan_2018-2023-e.pdf

DRESS. L'espérance de vie sans incapacité à 65 ans est de 12 ans pour les femmes et de 10,5 ans pour les hommes en 2023, DRESS Études et Résultats, n° 1323, décembre 2024. ER1323M.pdf

European Institute for Gender Equality. Gender in research. Vilnius: EIGE; 2016. https://eige.europa.eu/publications/gender-research

Fédération française de cardiologie. Risque cardiovasculaire chez les femmes [en ligne]. Paris: FFC; 2020. https://www.fedecardio.org/La-Federation-Francaise-de-Cardiologie/Nos-combats/le-risque-cardio-vasculaire-chez-les-femmes

Haute Autorité de Santé. Sexe, genre et santé, rapport prospectif, 2020, 215p. Haute Autorité de Santé - Sexe, genre et santé - Rapport d'analyse prospective 2020

INSERM. Cinelli H, Lelong N, Le Ray C et ENP2021 Study group. Rapport de l'Enquête Nationale Périnatale 2021 en France métropolitaine : Les naissances, le suivi à 2 mois et les établissements – Situation et évolution depuis 2016. Inserm, Octobre 2022. Disponible sur le site https://enp.inserm.fr

Inspection générale de l'Éducation, du Sport et de la Recherche (IGÉSR), Rapport IGÉSR-IGAS n° 2021-149 (juillet 2021)

OCDE. Organisation de coopération et de développement économiques. Panorama de la santé 2019. Les indicateurs de l'OCDE. Paris; 2019.

OMS. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. The health and well-being of men in the WHO European Region: better health through a gender approach, 2018.

Ouvrages

De Pauw C. « La santé des femmes. Un guide pour comprendre les enjeux et agir » Mango Éditions, 2022.

Junien C, Priollaud N. C'est votre sexe qui fait la différence. Edition Plon, 2023.

Moro MR. 50 questions sur les bébés, les enfants et les adolescents. Edition La pensée sauvage, 2021.

Rapoport D. L'aventure au coin de la ride. Édition ERES, 2020.

Crédits photos : © AdobeStock

© Fondation de l'Académie de Médecine, 2025
Tous droits réservés.

Santé des femmes – regards croisés et pistes d'action, Paris : Fondation de l'Académie de Médecine, 2025.
Référence à citer :
Fondation de l'Académie de Médecine. (2025). *Santé des femmes – regards croisés et pistes d'action* (75 p.).
Fondation de l'Académie de Médecine.

REMERCIEMENTS

La Fondation de l'Académie de Médecine remercie l'ensemble des intervenants ainsi que les personnes impliquées dans l'organisation de ce cycle et la rédaction de cet ouvrage :

Elisabeth ELEFANT*, administratrice de la fondation,

Richard VILLET*, secrétaire général de la fondation,

Catherine BARTHELEMY*, présidente honoraire de l'Académie nationale de médecine,

Marina CARRERE D'ENCAUSSE, médecin, journaliste et marraine du cycle,

Olivier MARIOTTE, président de la société nile, animateur des débats,

Michèle VERSCHOORE et **Emmanuelle TANCREDE-BOHIN**, administratrices de la fondation,

l'équipe de La Caméra Verte pour la coordination technique des débats et webinaires,

Agnès DESSAIGNE, responsable éditoriale du livre blanc,

l'équipe de Comme un Soleil pour le graphisme du livre blanc,

l'équipe de la fondation,

ainsi que tous les mécènes et partenaires de la fondation, sans qui rien ne serait possible.

FONDATION
DE L'ACADÉMIE
DE MÉDECINE

16 rue Bonaparte
75006 Paris

+33 (0)1 42 02 70 19
contact@fam.fr

www.fam.fr

Reconnue d'Utilité Publique le 26 décembre 2013 par décret
Fondation abritante depuis le 28 mai 2018

Cet ouvrage a été réalisé grâce au mécénat de :

L'ORÉAL
sanofi
BIOCODEX
Driven by life, dedicated to life
emeis
LABORATOIRES
Pierre Fabre
New ways to care
RELAIS & CHATEAUX