

Inégalités de genre et *santé des femmes* au prisme de la *périnatalité*

RAPPORTEURES
Marie-Josée Balducchi et Anouk Ullern

SEPTEMBRE 2025

2025-013
NOR : CESL1100013X
Mardi 23 septembre 2025

JOURNAL OFFICIEL
DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Mandature 2021-2026
Séance du 23 septembre 2025

Inégalités de genre et *santé des femmes* au prisme de la *périnatalité*

Avis du Conseil économique, social
et environnemental au nom de la délégation
aux droits des femmes et à l'égalité

Rapporteuses :
Marie-Josée Balducci
Anouk Ullern

Question dont le Conseil économique, social
et environnemental a été saisi par décision de
son Bureau en date du 2 septembre 2025 en
application de l'article 3 de l'ordonnance
n° 58-1360 du 29 décembre 1958 modifiée
portant loi organique relative au Conseil
économique, social et environnemental.
Le Bureau a confié à la commission
territoires, agriculture et alimentation la
préparation d'un avis : *Inégalités de genre
et santé des femmes au prisme de la
périnatalité*. La délégation aux droits des
femmes et à l'égalité, présidée par
Mme Agathe Hamel, a désigné
Mmes Marie-Josée Balducci et
Anouk Ullern comme rapporteuses.

sommaire

Synthèse	4
Introduction	10
Partie I - La santé, un domaine où se perpétuent les stéréotypes et où s'exacerbent les inégalités	16
I - Une vision encore trop androcentrée de la médecine et de la recherche médicale et biomédicale	17
A. Sexe et genre : des stéréotypes qui pèsent dans le diagnostic et la prise en charge des femmes	18
B. Des recherches médicales et biomédicales et des essais cliniques androcentrés	27
II - Un milieu qui n'échappe pas au sexisme ordinaire et aux discriminations	
A - Des métiers du soin très féminisés, de plus en plus d'étudiantes en médecine, toujours victimes de sexisme	35
B - Les violences sexistes et sexuelles dans le milieu médical, des étudiantes aux professionnelles de santé	43
C - Le sexisme, les stéréotypes et l'hétéronormativité impactent les pratiques médicales	50
III - Le coût des inégalités de santé	
A - Un coût pour la société qui reste à mesurer	60
B - La justice reproductive : un concept en développement	62
Partie II. La prise en charge de la périnatalité : un bilan mitigé	65
I - Du projet de maternité au post accouchement : un parcours semé d'embûches	65
A - L'avant conception et le début de grossesse	66
B - La grossesse	78
C - L'accouchement et l'après grossesse	86
D - Les femmes particulièrement exposées	90
II - Un constat alarmant sur la mortalité tant maternelle qu'infantile	
A- L'enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles (encmm), données eurostat	107
B - La prématurité et les décès infantiles	111

Partie III. Une mobilisation collective nécessaire pour résorber les inégalités et accompagner les femmes	123
I - Faire de la santé-environnement et de la santé mentale périnatale de réels enjeux de santé publique	123
A - La santé environnement, vulnérabilité des femmes et du fœtus	124
B - La sante mentale, du « baby blues » des premiers jours à la dépression post-partum : prévenir, dépister et soigner	131
II - La périnatalité révèle et exacerbe des inégalités sociales et territoriales	
A - Des territoires tres inégalement dotés, des fermetures de maternités	140
B - Role des sages-femmes et des PMI, notamment pour les femmes qui ont le plus besoin d'accompagnement	150
III - Des politiques publiques volontaristes qui peinent à répondre aux enjeux	
A- L'action de l'assurance maladie	161
B - Les « 1 000 premiers jours » : un dispositif a renforcer	163
C - Des discriminations encore très prégnantes dans le monde du travail	169
D - La réorganisation de la structure familiale	171
Conclusion	193
Déclarations des groupes	70
Scrutin	84
Annexes	86

synthèse

La santé des femmes doit être mieux prise en compte. Conçue par et pour les hommes, la médecine a longtemps considéré les femmes comme des exceptions à la norme masculine, entraînant des diagnostics parfois erronés, une prise en charge qui n'est pas toujours optimale et des médicaments inappropriés à leur constitution.

Ces inégalités sont couplées à d'autres facteurs qui influent également sur la santé des individus et qui ne sont pas toujours pris en compte.

PRÉCONISATION #1

Le CESE préconise le financement d'études et de recherches transdisciplinaires sur l'interaction entre facteurs biologiques, socio-culturels et économiques. L'objectif est d'en mesurer les conséquences en matière d'inégalités sociales en santé, notamment de genre, de la naissance à l'âge adulte.

Parmi ces facteurs, la diversité des situations particulières des femmes est également peu interrogée. Cela crée des discriminations supplémentaires envers certaines d'entre elles, notamment les femmes racisées, les femmes porteuses de handicap, les femmes obèses, celles qui vivent dans la précarité, celles qui sont victimes de violences conjugales, etc. Ces discriminations se révèlent plus encore pendant la grossesse et la période de périnatalité.

PRÉCONISATION #2

Le CESE préconise que l'État renforce l'offre de logements sociaux et en améliore l'accès pour les femmes en situation de grande fragilité (femmes précaires, femmes à la rue, femmes victimes de violences) et leur(s) enfant(s) en appliquant et renforçant le deuxième plan quinquennal pour le «Logement d'abord (2023-2027) », dédié à la lutte contre le sans-abrisme. En complément, l'État doit également donner les moyens aux collectivités locales de créer des structures d'hébergement adaptées.

PRÉCONISATION #3

Le CESE préconise que la formation des professionnelles et professionnels de santé à la prise en charge de la grossesse des personnes porteuses de handicap et/ou en situation d'obésité soit généralisée, effective et garantie sur tout le territoire pour tous les corps médicaux. En particulier, elle doit intégrer la sensibilisation à l'ensemble des violences médicales y compris gynécologiques et obstétriques et la nécessité de mettre à disposition du matériel adéquat ou des solutions de consultation adaptées et personnalisées.

La France se distingue ces dernières années par une mortalité maternelle qui ne régresse plus, contrairement à d'autres pays voisins, et par une mortalité infantile qui croît dangereusement, faisant de notre pays l'une des lanternes rouges des pays européens.

PRÉCONISATION #5

Pour renforcer l'efficacité de la prévention de la mortalité tant maternelle qu'infantile, le CESE recommande que soient recueillies de manière systématique et consentie, lors du suivi prénatal des mères, les informations détaillées sur le contexte social, environnemental, les conditions de vie et les antécédents de violences au même titre que les antécédents médicaux classiques. Ces éléments pourraient utilement être versés à l'enquête ENCM sur les morts maternelles et à l'enquête nationale périnatale.

PRÉCONISATION #6

Afin de disposer de données fiables et objectives pour suivre, comprendre et analyser l'évolution de la mortalité infantile, le CESE demande la mise en œuvre effective d'un registre des naissances réunissant de manière homogène sur tout le territoire les causes et circonstances exactes des décès. Il préconise sur cette base de rétablir la commission nationale des naissances afin de proposer et d'évaluer la mise en œuvre d'une stratégie nationale périnatalité.

La condition psychique des femmes parfois dégradée lors de leur grossesse et *post-partum* est une problématique qui commence à émerger dans le débat public. Le suicide est la première cause de mort maternelle à un an de la naissance du nourrisson.

PRÉCONISATION #4

Le CESE recommande de renforcer la prévention des gestes suicidaires des mères en périnatalité, en systématisant et en finançant la coordination renforcée des services de santé périnataux avec les médecins généralistes, les services de soins psychiatriques et les autres acteurs

et actrices de santé en contact avec les femmes dans la période périnatale.

PRÉCONISATION #12

Le CESE préconise au ministère chargé de la santé publique de mener des campagnes d'information de grande envergure et récurrentes sur les troubles mentaux en période périnatale auprès du grand public et des familles.

PRÉCONISATION #13

Le CESE demande le renforcement de la formation initiale et continue des professionnelles et professionnels de santé en intégrant des modules spécifiques à la santé mentale périnatale dans toutes les filières pour améliorer le repérage des troubles et contribuer à mieux informer les patientes.

PRÉCONISATION #14

Le CESE demande que l'entretien post-natal précoce soit remboursé à 100 % par l'Assurance Maladie afin d'assurer son effectivité et un meilleur suivi des familles.

Les services de santé dédiés à la périnatalité souffrent en France d'un manque de moyens. La fermeture des maternités peut accroître les risques de complications à la naissance, tant pour la mère que pour l'enfant. Les financements des structures hospitalières restent insuffisants.

PRÉCONISATION #15

Afin de garantir à toutes l'accès à un service public d'intérêt général tout en préservant la sécurité des accouchements, le CESE préconise :

- que les décisions de fermetures de maternités soient conditionnées à une concertation préalable entre usagères, collectivités locales, décideurs publics, professionnelles et professionnels de santé concernés afin de prendre en compte les spécificités sociales et territoriales ;
- de définir d'autres critères que le seul seuil des 300 naissances annuelles pour la fermeture des maternités ;
- une évaluation nationale des critères retenus.

PRÉCONISATION #16

Le CESE préconise que les projets innovants conduits en application de l'« article 51 » de la loi de financement de la Sécurité sociale de 2018, qui ont démontré leur efficacité après évaluation, puissent être pérennisés.

Les métiers du soin de la mère et de l'enfant sont peu valorisés, ils restent sous-rémunérés. Les centres de PMI connaissent depuis plusieurs décennies l'érosion de leur mission première de réaliser des actions de prévention et d'accompagner les femmes et les enfants les plus précaires. Ils manquent également de financements.

PRÉCONISATION #17

Le CESE préconise la revalorisation financière de tous les actes relatifs à la maternité, ainsi que la revalorisation de l'ensemble des métiers de soins entourant la périnatalité (puéricultrices, infirmières, sages-femmes, aides-soignantes, aides-puéricultrices, etc.).

PRÉCONISATION #18

Le CESE préconise de sécuriser les budgets et d'augmenter les moyens humains et financiers dédiés aux services de PMI afin qu'ils puissent assurer leur mission première et essentielle, à savoir la prévention.

Les femmes enceintes et les enfants sont particulièrement vulnérables aux différentes sources d'altération de l'environnement. 100 % des femmes enceintes sont contaminées aux pesticides et autres composés chimiques dangereux tant pour leur santé que pour celle du fœtus.

PRÉCONISATION #7

Le CESE préconise d'intégrer systématiquement lors de l'entretien prénatal une évaluation permettant de détecter les risques sociaux et environnementaux auxquels les femmes enceintes sont exposées dans leur vie professionnelle et personnelle, et d'adapter en conséquence le suivi de grossesse.

PRÉCONISATION #8

Le CESE préconise de former les professionnels et professionnelles de santé périnatale à la santé environnementale et à la santé reproductive afin de mieux prévenir et accompagner les femmes dans la période de périnatalité.

PRÉCONISATION #9

Le CESE préconise de soutenir la recherche sur les effets à long terme et transgénérationnels des expositions environnementales sur la santé des

femmes, en particulier sur leur santé reproductive.

PRÉCONISATION #10

Le CESE préconise que le document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP) et les plans de prévention des structures employeuses intègrent un volet spécifique de protection des femmes exposées à des produits chimiques pendant la période périnatale.

PRÉCONISATION #11

Le CESE préconise d'ouvrir une réflexion au sein des branches professionnelles portant sur la révision du tableau des maladies professionnelles. Cette réflexion devra tenir compte de la notion de poly-expositions mettant en jeu les différents mécanismes physio-pathogéniques des troubles de la fertilité et de la reproduction.

Les pouvoirs publics ont mis en œuvre un dispositif des « 1 000 premiers jours » qui représente un progrès indéniable pour les parents, les femmes et leurs enfants. Ce dispositif peine toutefois à se déployer, à être connu des publics les plus fragiles et ses financements restent trop épars, peu lisibles, et méritent d'être renforcés.

PRÉCONISATION #19

Le CESE préconise le déploiement sur l'ensemble du territoire métropolitain et ultramarin, des dispositifs d'« aller-vers » les populations les plus éloignées des services publics, afin de renforcer l'accompagnement et l'accès à l'information relatifs aux « 1 000 premiers jours ».

PRÉCONISATION #20

Le CESE recommande d'amplifier et de consolider la politique des « 1 000 premiers jours » en assurant véritablement sa gouvernance interministérielle et pluridisciplinaire et en maintenant son caractère prioritaire. Le CESE préconise que la politique des « 1 000 premiers jours » soit accompagnée de financements transparents et sanctuarisés.

La naissance d'un enfant ne doit pas constituer pour les femmes un handicap financier ni un frein à leur carrière. Les congés attachés à la naissance d'un enfant doivent tendre vers plus d'égalité entre les parents.

PRÉCONISATION #21

Le CESE demande la garantie pleine et entière du maintien de salaire pour toute femme enceinte placée en congé maladie ordinaire sur avis médical quelle qu'en soit la nature et quelle qu'en soit la structure employeuse.

PRÉCONISATION #22

Pour favoriser l'égalité dans la prise en charge des enfants par les deux parents, le CESE préconise d'aligner le congé de paternité / co-parent sur le congé de maternité à l'arrivée de l'enfant. Il préconise également de renforcer le congé parental d'éducation afin de le rendre plus court et mieux indemnisé et d'intégrer la possibilité de prendre un minimum et maximum de semaines pour chaque parent pendant la première année de l'enfant.

Dissensus : Les groupes Entreprises et Artisanat et Professions Libérales n'approuvent pas l'alignement du congé paternité / co-parent sur le congé maternité. En revanche, ces groupes sont favorables à un renforcement du congé parental d'éducation plus court et mieux indemnisé tel que proposé dans l'avis de 2022 du CESE « Vers un service public d'accueil de la petite enfance »¹.

PRÉCONISATION #23

Le CESE recommande que toute politique publique sur la maternité et la parentalité prenne en compte la situation des travailleurs et travailleuses non-salariées, après concertation avec les organisations qui les représentent.

¹ Adopté le 22 mars 2022 et rapporté par Marie-Andrée Blanc et Pascale Coton pour la commission des affaires sociales et de la santé.

introduction

Les inégalités de santé entre les femmes et les hommes commencent à être mieux identifiées. Longtemps restées dans l'ombre, elles étaient et sont toujours, en partie, moins visibles et moins étudiées que d'autres inégalités (salariales, domestiques, etc.).

« Au XIXe siècle les femmes sont considérées comme d'éternelles malades. On dit d'elles qu'elles sont « le sexe faible » allant d'indispositions menstruelles en grossesse et ménopause »². On les étudie donc surtout sur leur aspect reproductif, conformément à la place qui leur est assignée. Elles sont aussi examinées sous le prisme de leurs « névroses » et de « l'hystérie » dont elles seraient accablées. Un certain nombre de stéréotypes s'ancrent, qu'il sera difficile de faire disparaître³.

Du Moyen-âge jusqu'à la fin du XIXe siècle, en France et à de rares exceptions près, les femmes ont été interdites de faculté de médecine au bénéfice des hommes, seuls autorisés à les fréquenter et à exercer la profession de médecin. Les accoucheurs légaux sont alors exclusivement des hommes alors que les femmes avaient acquis de grandes compétences et connaissances pratiques. Ce sont les femmes qui détenaient la connaissance de la nature et des propriétés naturelles des plantes, des remèdes et des savoir-

2 « Femmes et santé, encore une affaire d'hommes ? » Muriel Salle et Catherine Vidal, Editions Belin, 2017.

3 Ainsi, le terme « hystérique » qui continue d'être largement utilisé, est une injure discriminante et patriarcale adressée aux femmes, réduisant étymologiquement leur santé à leur utérus et la féminité à un symptôme pathologique souvent associé à la folie. Un sexisme auquel elles sont encore trop souvent renvoyées pour discréditer leur parole dans « aux origines du préjugé sexiste de « la femme hystérique » France Inter 25 avril 2023.

faire qu'elles se transmettaient de mère en fille ou entre paires. Les historiennes relient souvent ces savoirs ancestraux aux chasses aux sorcières, avec, en Europe entre le XVe et le XVIIe, l'extermination de dizaines de milliers de femmes aguerries aux vertus des plantes médicinales⁴.

A la fin du XIXe siècle, les femmes, qui avaient déjà investi le champ médical dans les établissements tenus par les institutions religieuses, ont progressivement trouvé leur place dans le milieu médical et dans les services hospitaliers. S'il y a désormais plus d'étudiantes en médecine que d'étudiants, elles rencontrent toutefois encore trop souvent des obstacles pour s'engager dans des spécialités dites « prestigieuses », majoritairement occupées par les hommes et se retrouvent, à l'issue de leurs études, à des postes souvent moins élevés dans la hiérarchie médico-hospitalière et moins rémunérateurs. Elles sont en revanche très nombreuses et largement majoritaires dans les autres métiers du soin, moins valorisés, à l'instar des infirmières, sages-femmes et aides-soignantes. Ces métiers sont peu rémunérateurs du fait du présumé que le soin ne serait pas un ensemble de compétences acquises par la formation et les expériences, mais serait « une qualité naturelle des femmes » du fait de leur maternité et du soin constant qu'elles prodiguent aux autres dans la vie ordinaire.

Par ailleurs, depuis toujours, l'homme constitue le modèle standard et la référence en matière de santé, les femmes étant considérées au mieux comme « un homme en plus petit », présentant quelques exceptions par rapport à la norme, exceptions peu

prises en compte dans la recherche médicale, biomédicale et la médecine en général. Les sciences médicales se sont développées avec ces biais de genre, « *le masculin constituant l'humain neutre ou le modèle de référence de l'humanité*⁵ ». Cette approche est illustrée par des essais cliniques ayant longtemps exclu les femmes, les connaissances produites s'appliquant pourtant à l'ensemble de la population. Un certain nombre de médicaments seraient ainsi surdosés par rapport à la morphologie des femmes.

Aujourd'hui, les femmes vivent en moyenne plus longtemps que les hommes, ce qui pourrait laisser à penser que leur santé est satisfaisante. Toutefois, cet état de fait cache une autre réalité, à savoir qu'elles vivent plus longtemps que les hommes mais en plus mauvaise santé. Les femmes présentent des taux de morbidité et de nombreuses pathologies différentes de ceux des hommes à tous les stades de la vie. Elles sont notamment plus nombreuses que les hommes à souffrir de maladies chroniques qui influent sur leur qualité de vie. **Plus suivies que les hommes, les femmes sont en fait moins bien soignées**⁶.

Si les représentations sociales relatives aux femmes évoluent, les biais de genre, les discriminations, le sexisme, voire les violences sexistes et sexuelles restent encore trop présentes dans le milieu médical. Ces facteurs pèsent toujours lourdement sur la prise en charge, le diagnostic et le suivi des femmes ainsi que sur leurs conditions de vie.

Pour illustrer les inégalités touchant les femmes en santé, la délégation aux droits des femmes et à l'égalité a décidé de se concentrer plus particulièrement sur la périnatalité. Cette période particulière

4 Mona Chollet, « Sorcières, la puissance invaincue des femmes », éditions La découverte, 2018.

5 Hélène Colineaux, « Déconstruire les différences de sexe », édition Double ponctuation, 2024.

6 Muriel Salle et Catherine Vidal, « Femmes et santé, encore une affaire d'hommes ? », éditions Belin 2017.

de la santé des femmes met en lumière et cristallise les inégalités préexistantes entre les femmes et les hommes (carrière, salaire, partage des tâches domestiques, exposition aux polluants, etc.), mais aussi entre les femmes elles-mêmes selon leur classe sociale, leur couleur de peau, leur état de santé antérieur et les territoires où elles vivent, inégalement dotés en structures de soin.

Les femmes ne sont pas toutes égales dans la maternité et une attention particulière sera portée dans cet avis aux populations les plus fragiles et les plus discriminées. Concernant la prise en charge médicale, quels constats peut-on faire de l'organisation de notre système de santé quand il s'agit de la périnatalité, une période qui concerne quasiment exclusivement les femmes, pendant laquelle elles sont particulièrement vulnérables et que leur psychisme peut se dégrader ? Comment expliquer qu'en France, le suicide des femmes, devenu première cause de mortalité maternelle à un an de la naissance, soit si peu documenté et que le taux de mortalité infantile progresse en France alors qu'il stagne ou régresse dans les autres pays européens ?

Qu'en est-il de l'organisation de la société tout entière pour accompagner, soutenir les femmes pendant cette période ? Où s'arrêtent les impératifs de sécurité ayant guidé la fermeture de maternités de proximité quand un nombre toujours croissant de femmes habitent à plus de

45 minutes de ces structures ? Comment expliquer la non-valorisation du métier et des actes effectués par les sages-femmes auxquelles les pouvoirs publics ont confié un rôle central dans l'accompagnement des parturientes ? Pourquoi, en 2025, des femmes enceintes qui, bien que pour la majorité d'entre elles, sont protégées par le droit du travail, appréhendent d'annoncer leur grossesse à leurs employeurs ou responsables hiérarchiques et craignent encore d'être licenciées ou entravées dans leur carrière (ce qui est confirmé par les chiffres) ? Que faire devant une prise en charge déficiente de la santé mentale des mères, un secteur de la psychiatrie laissé à l'abandon, des femmes délaissées surtout quand elles appartiennent aux catégories les plus fragiles et/ou les plus stigmatisées ? Comment lutter contre les effets des pollutions et des dégradations environnementales sur la santé reproductive (infertilité, complications associées à la grossesse, santé périnatale, puberté, ménopause précoce...) ?

Toutes ces questions sont légitimes et doivent éveiller l'attention de la société civile mais aussi du législateur. Ce dernier s'est d'ailleurs saisi de plusieurs des volets qui composent la périnatalité avec l'objectif de réduire la mortalité infantile dont le taux demeure une anomalie dans notre pays comparé à ses voisins, et d'élargir les congés dévolus à la naissance.

Partie 1

La santé, un domaine où se perpétuent les stéréotypes et où s'exacerbent les inégalités

Selon la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la santé est « *un état complet de bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ». L'importance est ainsi portée, au-delà de la maladie physique, à la santé mentale, le tout dans une approche positive. La santé, c'est aussi l'épanouissement du corps, de l'esprit et les conditions de vie des individus. Elle est

de plus en plus appréhendée et pensée dans son aspect global sous le concept de « One Health⁷ » qui vise à promouvoir une approche intégrée, systémique et unifiée de la santé publique, animale et environnementale, aux échelles locale, nationale et planétaire. Ce concept globalisant est particulièrement utile lorsqu'on s'intéresse à l'exposome et à la multiplicité des facteurs de tous ordres qui influent sur la santé.

I - Une vision encore trop androcentrée de la médecine et de la recherche médicale et biomédicale

La médecine progresse dans la prise en compte du sexe, que ce soit dans la manifestation des symptômes, la prise en charge des malades et dans les soins prodigués. Ainsi des campagnes grand public ont eu pour objet, en 2024, de faire connaître au grand public les différences

de manifestation d'un infarctus entre les femmes et les hommes. Cependant, cette prise en compte reste encore trop souvent ignorée des personnels soignants eux-mêmes, conduisant à des retards de prise en charge des femmes qui peuvent affecter leurs chances de guérison,

⁷ Selon l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES), « l'approche « One Health » ou « une seule santé » en français tient compte des liens complexes entre la santé animale, la santé humaine et l'environnement dans une approche globale des enjeux sanitaires (...) ; les réflexions pour une meilleure prévention et anticipation de nouvelles crises sanitaires infectieuses ont montré qu'il fallait aussi s'intéresser à leurs facteurs environnementaux ».

voire dans les cas les plus graves, de survie⁸. Ces différences doivent donc être mieux identifiées et prises en compte. Ainsi, il est important que la part des femmes dans les essais cliniques et dans la recherche médicale et biomédicale soit égale à celle des hommes pour ne pas aboutir à des résultats incertains et à des prescriptions aléatoires, voire dangereuses pour les femmes⁹. Toutefois, les professionnelles rencontrées lors de l'élaboration de cet avis et la littérature scientifique consultée attirent l'attention sur le fait que la réalité biologique de la différence entre les deux sexes n'est pas si évidente, le sexe étant une donnée plus complexe qu'on ne le pense, marquée par les stéréotypes

de genre et d'autres facteurs comme le mode de vie, la classe sociale, l'environnement. En fait, rien n'est simple en matière de santé, puisque les recherches les plus récentes montrent que chaque individu réagit de manière différente aux pathologies et aux traitements selon sa physiologie mais aussi selon son environnement pris au sens large (professionnel, personnel, naturel, alimentaire, psychique, traumatique etc.), qu'il soit passé ou présent.

Ces facteurs multiples devraient, dans l'idéal, être systématiquement croisés pour approcher au plus près la réalité de la santé ou de la pathologie d'un individu.

A. Sexe et genre : des stéréotypes qui pèsent dans le diagnostic et la prise en charge des femmes

1. Sexe et genre, quelles influences réciproques ?

En préambule de son rapport très complet sur la santé des femmes paru en 2020, le Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes (HCE) indique¹⁰ : « *Les différences de santé entre les femmes et les hommes résultent d'interactions complexes entre des facteurs biologiques, socioculturels et économiques. Si des spécificités anatomiques et physiologiques liées*

*au sexe biologique participent de ces différences, elles ne sont pas exclusives. **L'influence du genre** - qui réfère à la construction sociale des identités et des rapports sociaux entre les sexes - est un facteur d'inégalité entre les femmes et les hommes dans la santé et dans la prise en charge médicale* ».

« ... les codes sociaux liés au genre féminin et masculin influencent l'expression des symptômes, le rapport au corps, le recours aux soins. **Chez les personnels**

8 « Prendre en compte le sexe et le genre pour mieux soigner : un enjeu de santé publique » rapport du Haut Conseil à l'Egalité n°2020-11-04 rapporté par B. GRESY, E. PIET, C. VIDAL, M. SALLE.

9 Alyson Mc Gregor, « Le sexe de la santé : notre médecine centrée sur les hommes met en danger la santé des femmes ; ce que nous pouvons faire pour y remédier », Erès Questions De Société, 4 novembre 2021.

10 « Prendre en compte le sexe et le genre pour mieux soigner : un enjeu de santé publique » rapport du Haut Conseil à l'Egalité n°2020-11-04 rapporté par B. GRESY, E. PIET, C. VIDAL, M. SALLE.

soignants, les préjugés liés au genre sont susceptibles d'influencer l'interprétation des signes cliniques et la prise en charge des pathologies.

*Dans les recherches cliniques et biomédicales enfin, ils peuvent induire des biais dans les expérimentations et les applications médicales. A cela, s'ajoutent les conditions de vie, sociales et économiques, qui exposent différemment les femmes et les hommes à des risques de santé. **La combinaison de tous ces facteurs conduit à des situations d'inégalité de santé et de discrimination entre les sexes dans l'accès aux soins et dans la prise en charge médicale** ».*

Nous reviendrons ultérieurement sur ces considérations.

Le CESE reprend souvent, dans les travaux présentés par sa délégation aux droits des femmes et à l'égalité, la notion de sexe, de genre, et d'inégalités de genre. Ces termes étant particulièrement usités en santé, un rappel de leur définition est utile. Dans ses travaux sur « Inégalités de genre, crise climatique et transition écologique ¹¹ » le CESE a retenu les définitions suivantes :

Le sexe se réfère aux caractéristiques biologiques et physiologiques qui différencient les femmes des hommes comme les organes reproductifs, les chromosomes, les hormones, etc. Le sexe est généralement attribué à la naissance. Il peut changer dans le cas des personnes nées avec les caractéristiques sexuelles d'un sexe et l'identité de genre de l'autre.

Le genre sert à évoquer les rôles qui sont déterminés socialement, les comportements, les activités et les attributs qu'une société considère comme appropriés pour les femmes et les hommes. Ces attributs, les opportunités et relations qui y sont liées, sont socialement construits et appris à travers les processus de socialisation. Ils sont ponctuels, variables et liés à un contexte spécifique. Le genre détermine ce qui est attendu, permis et estimé chez une femme ou un homme dans un contexte donné.

Les inégalités de genre sont les inégalités causées par cette bi-catégorisation hiérarchisée entre les sexes. Ce sont l'ensemble des disparités sociales, économiques et juridiques qui défavorisent un sexe par rapport à un autre. Ces écarts de traitement et de droits, majoritairement en défaveur des femmes et qui les empêchent de se réaliser, se retrouvent aussi bien dans des théories scientifiques, philosophiques ou religieuses que dans les faits, dans de nombreux domaines. Ces inégalités s'observent dans tous les pays du monde, que ce soit dans les médias, les arts, l'économie, les études, l'accès aux droits et les salaires mais aussi la sexualité, la justice, les mariages arrangés et/ou forcés.

¹¹ Antoine Gatet et Aminata Niakaté, rapporteur-es, « Inégalités de genre, crise climatique et transition écologique », rapport et avis du CESE, mai 2023.

Si elles recouvrent des réalités différentes, **les notions de sexe et de genre ne sont pas pour autant des catégories séparées**. Comme le souligne le HCE¹², « *les deux s'articulent dans un processus d'incorporation (« embodiment ») qui désigne l'interaction permanente entre le sexe biologique et l'environnement social et culturel, et ce dès la naissance et même avant. La biologie se répercute sur le genre et réciproquement le genre influence la biologie* ».

2. Les limites de la différence entre les sexes

Patricia Lemarchand¹³, pneumologue, a présenté à la délégation un éclairage sur les limites des études basées sur la différence entre les sexes :

Le sexe est très souvent considéré comme une variable biologique immuable. Or ces critères figés se révèlent peu pertinents scientifiquement. Ils sont aussi excluants puisque cela conduit à une vision des sexes qui ne reflète pas leur diversité réelle. Cette approche n'inclut *de facto* pas les individus intersexes¹⁴ qui représentent pourtant 1,7 % de la population (cf. *infra*).

Les pathologies peuvent aussi être dues à d'autres facteurs comme l'âge, le poids ou les habitudes de vie.

La focalisation sur la variable du

sexe, au détriment de la dimension sociale du genre, aurait pour conséquence de renforcer une vision essentialiste qui attribue les différences de santé entre les femmes et les hommes aux seuls facteurs biologiques.

Les études sur les différences entre hommes et femmes en médecine sont nombreuses et l'on peut d'ailleurs regretter qu'elles soient si peu connues. En revanche, celles portant sur leurs similarités sont très rares. Cela **crée la vision erronée que les hommes et les femmes sont des groupes distincts** présentant des caractères homogènes au sein de chaque groupe. Cette approche oublie la diversité au sein des groupes et conduit, selon Patricia Lemarchand, à des conclusions biaisées. Ainsi souligne-t-elle que, « *si l'on constate des différences entre les hommes et les femmes, on part du présupposé que ces différences doivent refléter des différences biologiques qui seraient innées, fixes et immuables. Le genre, ou d'autres facteurs, notamment les facteurs socio-économiques, sont toujours considérés comme secondaires ou comme une couche supplémentaire, voire périphérique, qui se rajoute à une couche de biologie. On assiste donc à ce que les sociologues appellent la naturalisation ou l'essentialisation du sexe biologique binaire, puisque fondée sur deux catégories : les hommes et les*

¹² Prendre en compte le sexe et le genre pour mieux soigner : un enjeu de santé publique » rapport du Haut Conseil à l'Egalité n°2020-11-04 rapporté par B. GRESY, E. PIET, C. VIDAL, M. SALLE.

¹³ Audition de Patricia Lemarchand, pneumologue, professeure de biologie cellulaire à la faculté de médecine de l'université de Nantes, 11/02/2025.

¹⁴ Les personnes intersexes naissent avec des caractéristiques sexuelles (tels que l'anatomie sexuelle, les organes reproducteurs, le fonctionnement hormonal ou le modèle chromosomique) qui ne correspondent pas aux définitions classiques de la masculinité ou de la féminité.

femmes¹⁵ ».

Patricia Lemarchand pose la question de la définition du sexe biologique vu comme reflétant :

- le niveau génétique : les chromosomes XY chez les hommes et XX chez les femmes ;
- le sexe gonadique : les ovaires chez les femmes, les testicules chez les hommes ;
- le sexe gamétique : les spermatozoïdes chez les hommes, les ovules chez les femmes ;
- le sexe phénotypique interne : l'utérus chez les femmes, les canaux déférents chez les hommes ;
- le sexe phénotypique externe : les organes génitaux externes, que l'on appelle aussi sexe périnéal ;
- le sexe dit hormonal : les hormones sexuelles féminines (dont les œstrogènes et la progestérone) et les hormones sexuelles masculines (dont la testostérone).

D'une manière courante, notre sexe est déterminé à la naissance par la morphologie des organes génitaux externes. « Si ce sont des organes génitaux externes de petit garçon, la mention « sexe masculin » sera indiquée sur le certificat de naissance, ou « sexe féminin » si ce sont des organes externes de petite fille. Cependant, en biologie et en médecine, on considère que le niveau génétique joue un rôle prépondérant. On part des chromosomes XX ou XY parce qu'il s'agit du premier événement chronologique dans la constitution d'un individu. La rencontre entre un gamète

mâle et un gamète femelle déclenchera une cascade d'événements conduisant à l'individu adulte ».

Cette bi-catégorisation hommes-femmes a-t-elle un sens ? Aucun niveau pris de manière autonome ne serait suffisant pour définir le sexe d'un individu, ainsi que Patricia Lemarchand le démontre :

« Si je vous dis qu'il est XX et XY, à la fin, vous n'aurez peut-être pas un garçon tel que nous le considérons d'habitude. Certains scientifiques ont dit : « Qu'à cela ne tienne, on va prendre trois niveaux : le sexe génétique, le sexe gonadique et les organes génitaux. » Si l'on fait cela, on aboutit à une division presque dimorphe, avec un haut degré de cohérence entre les différents niveaux, **mais on se retrouve avec 1,7 % d'individus dits « intersexes » qu'on ne peut pas classer.** Vous me direz que 1,7 %, ce n'est pas beaucoup. Eh bien, si, c'est beaucoup, car en médecine, une maladie rare, c'est un cas pour 2 000. Là, on est à 1,7 cas pour 100, ce n'est pas quelque chose de rare du tout. Que fait-on alors de ces individus, comment les classer ? **On a plutôt une espèce de continuum entre le sexe masculin et le sexe féminin ».**

Elle poursuit sa démonstration : « D'autres ont dit : « Ce n'est pas grave, on va prendre le sexe « 3G¹⁶ » et ajouter d'autres niveaux : la taille du cerveau, la connectivité entre l'hémisphère droit et l'hémisphère gauche, de l'intelligence artificielle, etc. ». Mais cela ne fonctionne pas. Nous ne parvenons pas à dégager deux catégories homogènes, étanches et mutuellement exclusives, les hommes d'un côté et les femmes de l'autre, car **nous sommes tous des mosaïques de caractéristiques masculines et féminines**, et pour reprendre les mots

¹⁵ Audition de Patricia Lemarchand, pneumologue, professeure de biologie cellulaire à la faculté de médecine de l'université de Nantes, par la délégation aux droits des femmes et à l'égalité du CESE le 11 février 2025.

¹⁶ Génétique, gonadique, gamétique.

d'une sociologue suisse, Cynthia Kraus – sociologue suisse qui a beaucoup travaillé sur ces questions –, « la bicatégorisation de sexe est problématique. »

Pourquoi ? Parce qu'il y a un chevauchement entre les catégories. *« Si l'on avait deux catégories étanches et mutuellement exclusives, on aboutirait à une représentation bimodale. »* Prenant l'exemple du taux de testostérone et de la taille des individus, elle montre que ce n'est pas le cas : des femmes ont des taux de testostérone plus importants que des hommes¹⁷, certaines sont plus grandes etc. *« En fait, ce que l'on observe, ce sont des différences de moyenne et non de catégorie (...) Cela est valable pour n'importe quel critère biologique. Il y a toujours un chevauchement, les catégories ne sont pas étanches, ni mutuellement exclusives »*.

Ces différences seraient en tous cas inférieures à celles existant entre les femmes elles-mêmes et les hommes eux-mêmes. *« Ces études nous forcent à créer deux groupes, celui des hommes et celui des femmes, comme si ces groupes étaient homogènes. Tous les hommes sont comme ceci et toutes les femmes sont comme cela. On ne voit plus l'hétérogénéité à l'intérieur des groupes, ni le chevauchement entre les deux groupes (...) »*.

Cette démonstration de Patricia Lemarchand oblige à penser la complexité sans pour autant gommer l'importance qu'il y a à identifier les

différences de traitement entre les femmes et les hommes en matière de santé. Elle invite ainsi à considérer toute la dimension sociale du genre dans l'analyse des variations dans les diagnostics de santé et entre les hommes et les femmes.

3. Les maladies des femmes considérées comme des « exceptions » des maladies des hommes

LA MÉDECINE A FAIT DES PROGRÈS DANS LA PRISE EN CHARGE DES FEMMES.

Dans les années 1960, en réaction à la médecine androcentrée, le mouvement féministe commence à s'intéresser à la santé des femmes et les sciences médicales commencent à inclure ces questions dans leur champ. On va d'abord tenter de reconstruire des connaissances, spécifiquement chez les femmes, en compensation des années perdues. Les approches sexo-spécifiques consistent à produire des analyses systématiquement stratifiées par catégories de sexe, c'est-à-dire séparément dans chaque groupe. Cette recherche, comme nous le verrons, a été très bénéfique pour les maladies cardio-vasculaires. Toutefois, comme le souligne l'épidémiologiste Hélène Colineaux, *« Les limites de cette approche sont qu'elle entretient une vision binaire de l'humanité et exagère les différences entre les hommes et les femmes comme s'ils étaient deux*

¹⁷ L'auditionnée indique ainsi qu'une étude faite sur 600 athlètes hommes de toutes disciplines montre que 16 % d'entre eux ont un taux de testostérone inférieur à la « norme », dont 4 % ont un taux « franchement féminin ». Ce à quoi l'épidémiologiste Hélène Colineaux ajoute que les hormones sexuelles dépendent aussi du contexte et de l'état émotionnel des individus. Cf. Déconstruire les différences de sexe, Hélène Colineaux édition Double ponctuation, 2024, page 35.

groupes complètement distincts plutôt que des groupes qui se chevauchent. On ne doit en effet pas oublier, comme nous le verrons, les différences à l'intérieur d'un groupe, les différences en fonction de la position socio-économique, de la catégorie raciale, de l'âge etc.¹⁸ ». Le risque est aussi celui d'essentialiser et d'exagérer ces différences.

D'après Muriel Salle, entendue par la délégation¹⁹, la médecine oscillerait actuellement entre ce que l'historienne appelle « plusieurs épistémologies »²⁰ :

L'épistémologie de l'exception : historiquement, un problème de santé est pensé au masculin. Dans un second temps, on regarde ce qu'il en est pour les femmes, qui sont donc pensées comme des « exceptions » par rapport aux hommes. Cela influe sur la manière de penser le soin. Or les femmes ne peuvent être l'exception de la maladie des hommes. Pour l'intervenante, il est indispensable de décliner les pathologies au masculin ET au féminin. Ainsi, pour les problèmes cardiovasculaires, on décrit avant tout « la crise cardiaque » typique (masculine) et les femmes sont rangées dans la catégorie des tableaux atypiques. **La santé des femmes est donc construite comme l'exception à la règle de la santé des hommes.** Or, on retient toujours **davantage la règle que l'exception. La construction des problématiques et du soin des femmes s'opère donc sur le mode de l'atypique, et le corps médical a donc tendance à les ignorer.**

L'épistémologie de la différence : ici, à l'inverse, on insiste tellement sur les différences des manifestations pathologiques que ça finit par être dangereux pour les femmes. On finit par exemple par croire que des symptômes masculins ne peuvent pas être les signaux d'une crise cardiaque chez les femmes. Les femmes intègrent que leurs symptômes sont différents de ceux des hommes et peuvent alors passer à côté de leur pathologie.

L'épistémologie de l'ignorance : **quelles sont les pathologies étudiées et quelles sont celles qui ne le sont pas ?** Ainsi en est-il de l'endométriose. Muriel Salle interroge : pourquoi n'y a-t-il toujours pas de thérapie pour cette maladie identifiée depuis longtemps et qu'elle n'est enseignée en faculté de médecine que depuis 2020²¹ ? Ceci est un exemple de l'épistémologie de l'ignorance. Le corps des femmes est douloureux du fait de leurs règles, leurs douleurs sont donc normales et on ne fait pas de recherches pour améliorer le quotidien de milliers de femmes qui en souffrent au quotidien.

4. Les stéréotypes influent largement sur la détection, la prise en charge et le traitement des femmes

En tous cas la santé souffre encore de biais cognitifs et de stéréotypes qui ont une influence directe sur les femmes.

La pneumologue Patricia Lemarchand²² rappelle ainsi que **les maladies cardiovasculaires (MCV) sont la première cause de mortalité chez les**

¹⁸ Déconstruire les différences de sexe, Hélène Colineaux édition Double ponctuation 2024.

¹⁹ Audition de Muriel Salle, historienne, maitresse de conférences à l'université de Lyon, co-autrice du rapport du HCE sur les inégalités de santé, par la délégation aux droits des femmes et à l'égalité le 3 décembre 2024.

²⁰ L'épistémologie est une partie de la philosophie qui étudie les sciences pour déterminer leur origine logique, leur valeur, leur portée.

²¹ Dans son rapport de 2020 sur la santé des femmes, le HCE souligne que cette intégration au cursus médical est due aux pressions des collectifs de femmes organisés autour de la maladie.

²² Audition de Patricia Lemarchand, pneumologue, professeure de biologie cellulaire à la faculté de médecine de l'université de Nantes, par la délégation aux droits des femmes et à l'égalité le 11 février 2025.

femmes. Elles représentent 52 % des décès, **soit sept fois plus que le cancer du sein.** Bien que l'on associe souvent ces maladies aux hommes, elles affectent de manière disproportionnée les femmes, en particulier celles de moins de 50 ans. Toutefois, les femmes sont moins diagnostiquées et traitées que les hommes : elles reçoivent moins de soins médicaux, moins de traitements chirurgicaux et sont moins hospitalisées en soins intensifs. En France, comme aux États-Unis, **il y a un retard de prise en charge allant de 30 minutes à une heure pour les femmes souffrant d'infarctus,** dû à des stéréotypes d'une majorité des professionnelles et professionnels de santé qui minimisent leur douleur. Cela est encore plus vrai pour certaines catégories de femmes, comme les femmes noires. Cette disparité serait exacerbée par la méconnaissance du grand public et de certains professionnels et professionnelles de santé concernant les symptômes cardiaques féminins.

Corroborant cette hypothèse, en 2020, le HCE soulignait²³ : *« Alors que les MCV²⁴ touchent de plus en plus de femmes, pour nombre de professionnelles et pour le grand public, l'infarctus du myocarde reste considéré comme une maladie d'homme, quinquagénaire bedonnant, fumeur et stressé au travail. La persistance de ces clichés influence de façon significative la prise en*

charge des MCV des femmes et les comportements des malades potentiels. Pour des symptômes identiques de troubles cardiaques, ceux des femmes ont trois fois plus de chance d'être attribués à des raisons émotionnelles qu'à des causes biologiques. Une femme qui se plaint d'oppression dans la poitrine se verra plus souvent prescrire des anxiolytiques, alors qu'un homme sera davantage orienté vers un cardiologue. Du côté des patientes, la méconnaissance de l'existence même de troubles cardiaques conduit les femmes à contacter les urgences moins rapidement lorsqu'elles ressentent un malaise. Les représentations stéréotypées des maladies cardiaques au détriment des femmes influencent aussi la détection des facteurs de risque. Les facteurs de stress tels que la charge familiale, la discrimination au travail, le harcèlement moral, les violences, plus souvent vécus par les femmes, ne figurent pas dans les questionnaires classiques sur les facteurs de risques cardiovasculaires ».

C'est aussi ce qu'affirme la médecin Etats-Unienne Alyson Mc Gregor. Pour elle, il ne fait pas de doute que ce traitement différencié entre les femmes et les hommes relève principalement du fait **qu'on ne croit pas les femmes.** Leurs douleurs, leurs ressentis seraient systématiquement minimisés. **L'idée selon laquelle les symptômes féminins auraient le plus souvent**

23 « Prendre en compte le sexe et le genre pour mieux soigner : un enjeu de santé publique » rapport du Haut Conseil à l'Egalité n°2020-11-04 rapporté par B. GRESY, E. PIET, C. VIDAL, M. SALLE.

24 Maladies Cardio-Vasculaires.

une cause psychologique est récurrente.

Comme pour l'infarctus, elle indique dans son ouvrage qu'une étude sur des patients et des patientes présentant les mêmes signes évocateurs d'un syndrome de l'intestin irritable montre que les hommes ont plus de chance de se voir prescrire des radios alors que les femmes se verront délivrer des traitements anxiolytiques²⁵.

Bien d'autres pathologies font l'objet de stéréotypes : le HCE a repéré les Troubles du Spectre Autistique, avec des femmes mal diagnostiquées, en errance médicale, mal prises en charge ; en revanche l'ostéoporose est considérée comme une pathologie féminine, alors qu'elle touche aussi les hommes.

Le Haut Conseil à l'égalité dresse le constat, répété par Muriel Salle en audition, **d'un intérêt très tardif du corps médical pour l'endométriose**²⁶, pathologie connue et décrite au moins depuis 1860... C'est grâce aux collectifs de femmes regroupés sur les réseaux sociaux que la maladie a pu être médiatisée : « *On voit bien ici que cette maladie spécifique des femmes a longtemps été ignorée car réduite à des « affaires de femmes fragiles et souffreteuses » au lieu d'être reconnue comme une pathologie organique* ». En cause : l'insuffisance de la formation des médecins et la **non prise en compte de la parole des femmes**.

« *Le déni a été longtemps à l'œuvre dans cette maladie portée exclusivement par les femmes* ». Pourtant, cette pathologie peut être à l'origine de douleurs intenses invalidantes et favoriser l'infertilité. Elle touche environ 10 % des femmes.²⁷

Le même constat peut d'ailleurs être établi pour **les douleurs liées aux règles** : elles sont considérées comme normales et ne faisant pas débat ni objet de recherche alors que, dans certains cas, elles peuvent également être invalidantes. L'association Règles élémentaires, créée en 2015, essaie de briser le tabou des règles, de faire de la pédagogie dans les établissements scolaires. L'association révèle que, d'après un sondage commandé en 2023 auprès de l'institut Opinion Way, 60 % des femmes n'ont reçu aucun enseignement formel sur les règles, que 80 % des jeunes filles sont stressées d'avoir leurs règles à l'école et que 53 % d'entre elles ont déjà manqué l'école à cause de leurs règles²⁸. L'association a développé une expertise de terrain et intervient auprès de publics variés comme les scolaires, les centres médicaux-sociaux, les personnes précaires, sachant que, en France, d'après leurs estimations, 4 millions de femmes sont victimes de précarité menstruelle. Ainsi, le secteur associatif et les collectifs de femmes se substituent aux pouvoirs publics et prennent en charge cette problématique peu visible dans le champ de la santé publique.

La microbiologiste Aude Bernheim confirme pour sa part **qu'il existe un biais qui touche directement les niveaux de financement des recherches et qu'il a été prouvé que les études portant sur des problématiques liées à des pathologies féminines sont moins bien dotées**²⁹. Elle estime que certains préconçus genrés peuvent empêcher de formuler des questions

25 « Le sexe de la santé, notre médecine centrée sur les hommes met en danger la santé des femmes » Alyson Mc Geger éditions Eres 2021.

26 Maladie gynécologique inflammatoire et chronique fréquente qui touche près de 10 % des femmes.

27 Hélène Colineaux, « Déconstruire les différences de sexe », édition Double ponctuation, 2024.

28 Baromètre exclusif 2022 Opinion Way 27/05/2022, site Règles élémentaires.

29 « Comment la prise en compte du sexe et du genre transforme la recherche scientifique », INSERM, interview d'Aude Bernheim, spécialiste en microbiologie et en génétique à l'Inserm, puis à l'institut Pasteur, 3 février 2025.

de recherche correctes, et donc retarder les avancées scientifiques, notamment celles qui concernent d'abord les femmes. Elle précise : « *Beaucoup d'études fondamentales ne prennent pas en compte la dimension de sexe et de genre dans leurs conclusions. D'autres ne font des études que sur un des deux sexes pour simplifier la recherche* ».

La chercheuse conclut : « **Cette absence de prise en compte du sexe et du genre peut limiter la découverte de nouveaux traitements.** En effet, les systèmes immunitaires de l'homme et de la femme fonctionnent différemment dans tout un nombre de pathologies. Si ce dimorphisme sexuel³⁰ n'est pas étudié, cela bloque le développement de traitements adaptés. En revanche, l'étude à l'Institut Pasteur **des différences de sexe et de genre améliore la précision des modèles biologiques et la compréhension globale des maladies.** De plus, cette prise de conscience ouvre tout un pan de la recherche, qui va au-delà des différences femmes / hommes, et appelle à **une nouvelle compréhension de la biologie, notamment sous le prisme de la variabilité et de la diversité des systèmes.** En effet, le corps ne fonctionne pas de la même façon lorsque l'on est une femme ou un homme, mais également lorsque l'on a 7 ans ou 77 ans. **Nous touchons à une nouvelle frontière dans la connaissance.** Surtout, c'est la promesse de découvertes

fantastiques qui bénéficieront à toutes et tous. Coïncidence ou non, je me félicite de voir que beaucoup de ces travaux pionniers sont portés par des femmes ».

Pour une meilleure prise en compte du genre en santé, il serait sans doute nécessaire de sensibiliser l'ensemble des professionnelles et professionnels à ces thématiques et à leur importance, à commencer par les médecins. Or, les formations en santé incluant un module sur les enjeux de genre sont encore très rares. A l'université Claude Bernard de Lyon, l'historienne Muriel Salle³¹ dispense depuis 2012 un cours de trois heures aux étudiantes et étudiants de première année intitulé : « Homme / femme : cela compte-t-il dans le soin ? ». L'enseignement est fondé sur des constats issus de la recherche avec la collaboration de personnalités expertes sur les questions de genre, de santé mais aussi sur les violences sexistes et sexuelles. Cette formation, portée par une seule personne, n'est pas systématique et son accréditation doit être défendue pour être renouvelée chaque année. Muriel Salle intervient aussi dans le cadre de diplômes inter-universitaire dans diverses facultés de médecine, de master « Éducation à la Santé » ou dans le cadre d'instituts de formation aux soins infirmiers. L'équivalent au niveau national semble quasi inexistant. Lorsqu'elle vient en parler aux étudiantes et étudiants en médecine en qualité de spécialiste des différences femmes-hommes,

³⁰ La dimorphie sexuelle désigne le fait que les mâles et les femelles d'une espèce sexuée se distinguent, en moyenne, morphologiquement et physiologiquement. Définition d'H. Colineaux.

³¹ Muriel Salle est historienne, maîtresse de conférences. Elle a coécrit le rapport du HCE déjà cité et, avec Catherine Vidal, le livre « Femmes et santé, encore une affaire d'hommes ? » éditions Belin 2017.

la pneumologue Patricia Lemarchand soulignait lors de son audition³² que non seulement son cours n'est pas obligatoire mais, de surcroît, il est déserté par les futurs médecins.

Les seules formations universitaires sur les questions de genre sont, au niveau national, celles organisées par des départements de sciences humaines et sociales. Il en existe à Angers, Nantes, Rennes, Paris, Lyon, Toulouse et Bordeaux. Ces formations comportent parfois des enseignements intégrant la thématique Genre et Santé.

La thématique n'est donc pas mise en avant dans les études de médecine en France. A l'inverse, en Suisse, la thématique « Genre et santé » compte parmi les objectifs fédéraux suisses d'enseignement pour la médecine. L'Université de Lausanne a été pionnière avec un programme « Médecine et

Genre » initié en 2011³³ comportant des cours obligatoires répartis sur les deux cycles des études avec une épreuve à l'oral sur les questions de genre et de violences en 3^{ème} année. Les questions de genre sont aussi l'occasion d'évoquer certaines problématiques éthiques, comme le traitement réservé aux personnes intersexes. Piloté par Carole Clair, médecin épidémiologiste, et Joëlle Schwarz, anthropologue de la santé, le programme bénéficie d'un fort soutien institutionnel. Les deux universitaires dirigent également une unité de recherche au sein du Centre universitaire de médecine générale et de santé publique de Lausanne et ont mis en place un diplôme de formation continue post-gradué (équivalent du diplôme universitaire français) sur la thématique genre et santé³⁴. La France gagnerait à importer ce modèle.

B. Des recherches médicales et biomédicales et des essais cliniques androcentrés

1. La présence des femmes dans les essais cliniques et les recherches médicales

La recherche biomédicale, en amont de la recherche clinique, est un domaine d'étude visant à améliorer les connaissances en matière de santé. Elle est indispensable à la compréhension des mécanismes fondamentaux du vivant pour conduire ensuite à des applications médicales. Elle s'opère sur la base de recueils d'informations à caractère biologique et/ou médical chez

des personnes volontaires. La recherche biomédicale vise à mieux connaître les maladies et à mieux les dépister, les contrôler ou les guérir³⁵.

La recherche clinique correspond aux études scientifiques réalisées sur la personne humaine en vue du développement des connaissances biologiques ou médicales. Elle implique le suivi de patientes et patients et/ou de volontaires sains. Elle permet d'identifier des mécanismes moléculaires ou cellulaires impliqués dans des maladies,

32 Audition de Patricia Lemarchand, pneumologue, professeure de biologie cellulaire à la faculté de médecine de l'université de Nantes, par la délégation aux droits des femmes et à l'égalité le 11 février 2025.

33 Université de Lausanne, Faculté de médecine et de biologie [site consulté le 30 avril 2025].

34 Yannick Barillon pour Le Nouvelliste, « Quand le sexe et le genre agissent sur notre santé », 25 mars 2025.

35 Association Arocat de lutte contre le VIH site [consulté le 24 avril 2025].

les facteurs de risque génétiques ou environnementaux, de comparer des approches diagnostiques ou thérapeutiques disponibles pour prendre en charge au mieux les malades. Ces recherches se divisent en trois catégories se différenciant par la nature de l'intervention prévue par le protocole de recherche et le niveau de risque et de contraintes pour les personnes qui y participent³⁶.

La question de la place des femmes dans la recherche clinique s'inscrit dans l'histoire de la médecine qui est donc longtemps restée centrée sur le corps masculin, lequel représentait les normes en physiologie et en pathologie. Les cycles menstruels et les risques pour le fœtus ont été les principales causes avancées pour exclure les femmes des essais cliniques.

Patricia Lemarchand indique que la recherche sur les différences entre les sexes en biologie et en santé est relativement récente (années 1980-1990). Avant cela, elle souligne que les études étaient uniquement *« centrées sur les hommes blancs, excluant les femmes et les populations minorisées »*. **La recherche sur la biologie cellulaire des femmes était en grande partie limitée à la médecine reproductive et aux maladies considérées comme « typiquement féminines »,** comme l'« hystérie ». Cette exclusion des femmes dans la recherche médicale a eu des conséquences

sur la description des symptômes, la compréhension des maladies et la réponse aux traitements, souvent basées sur des modèles masculins.

Dans son rapport de 2020, le HCE retrace l'historique de la prise en compte des femmes dans les essais cliniques : évincées des essais à la fin des années 1970 après le scandale du distilbène³⁷ elles y sont réintégrées dans les années 1990 suite à des critiques concernant leur exclusion des essais cliniques sur les maladies cardio-vasculaires. Selon le registre international des essais cliniques (OMS/NIH³⁸), toutes pathologies et phases d'essais confondues, la participation des femmes est passée de 35 % en 1995 à 58 % en 2018. Cependant, pour quelques pathologies, la persistance d'une représentation insuffisante des femmes a été dénoncée, notamment dans des essais concernant l'insuffisance cardiaque, certains cancers, la dépression, la douleur, le VIH.

En 2015, Antoinette Pechère-Bertschi, responsable du centre d'hypertension aux Hôpitaux universitaires de Genève soulignait : *« Alors que les femmes comptent pour 49,6 % de la population mondiale, elles ne représentaient en 2009 que 38 % des sujets inclus dans les études avec financement public publiées dans les journaux de médecine interne à fort impact (...) Sept ans plus tard, je ne pense pas que ce chiffre ait beaucoup*

³⁶ La recherche clinique, site de l'INSERM, 7 mai 2021.

³⁷ Le Distilbène, une hormone oestrogénique de synthèse, a été massivement prescrite aux femmes pour diminuer les risques d'interruptions spontanées de grossesse. Il a entraîné chez des filles exposées *in utero* des anomalies génitales et des cancers du vagin et de l'utérus.

³⁸ National Institute of Health (américain).

changé », note-t-elle³⁹.

Christian Funck-Brentano, directeur du Centre d'investigation clinique AP-HP/ Inserm/La Pitié-Salpêtrière estime en effet **qu'il existe encore un déséquilibre important entre les femmes et les hommes dans les recherches sur les maladies cardio-vasculaires**. Les recherches faites pour cet avis sur les bases de données françaises n'ayant pas abouti, l'exemple américain est parlant : ainsi, aux Etats-Unis, sur 740 essais portant sur un total de 862 652 adultes, on dénombrait 38,2 % de femmes dans les bases de données gouvernementales américaines entre 2010 et 2017⁴⁰. Cette prédominance masculine entraîne davantage d'effets secondaires dans la prise de médicament chez les femmes traitées pour de l'hypertension artérielle, ceux-ci étant le plus souvent surdosés pour leur constitution et leur système hormonal.⁴¹

Les femmes enceintes font toujours défaut dans les essais cliniques. Leur exclusion est justifiée par le fait que des tests de molécules peuvent être contre-indiqués pendant la grossesse. Si ce n'est pas le cas, leur participation à des projets de recherche est pourtant autorisée. « *Dans la pratique, on ne peut que constater le manque de données sur l'innocuité des médicaments pendant la grossesse*⁴² ». **Évaluer l'efficacité et la sécurité des traitements pendant la grossesse est pourtant un impératif majeur de santé publique** qui nécessite de faire évoluer les procédures chez

les femmes enceintes et permettre un suivi effectif des cohortes de mères et d'enfants.

Concernant les médicaments, Alyson Mc Gregor⁴³ montre dans son ouvrage, à travers de multiple cas, comment les médicaments conçus pour les hommes peuvent affecter les femmes car elles ne réagissent ni de la même manière ni sur la même durée aux produits qui les composent. Prenant, entre autres, l'exemple d'un somnifère très courant, elle explique que les femmes ont longtemps été exposées à des surdosages pouvant avoir des conséquences graves sur leur santé, avec des troubles pendant la journée les exposant à des accidents. Les nombreux signalements de ces effets indésirables provenant très majoritairement des femmes, les autorités sanitaires ont questionné les essais cliniques et études postérieures à la mise sur le marché, toutes pratiquées sur des hommes. Pourtant, selon l'autrice, dès la mise sur le marché du somnifère incriminé, toutes les données sur l'assimilation par les femmes des substances le composant étaient disponibles. Elles n'ont juste pas été prises en compte. La médecin indique que, en 2009, seuls 6 à 7 % des médicaments mis sur le marché avaient vraiment été étudiés sous l'angle des variations de leurs effets sur les femmes et les hommes et que, dans 40 % des cas, les différences étaient notables dans l'assimilation des produits selon le sexe. Elle en concluait en 2021 que, « *malgré la nécessité évidente*

39 Pascal Santi, Le Monde, « Un appel pour mieux prendre en compte la santé des femmes, sous-représentées dans les essais cliniques », 8 mars 2022.

40 Ibid.

41 Sophie Coisne rédactrice numéro spécial de 60 millions de consommateurs dans le podcast « Pourquoi les femmes sont moins bien diagnostiquées que les hommes ? » 22 janvier 2024.

42 « Prendre en compte le sexe et le genre pour mieux soigner : un enjeu de santé publique » rapport du Haut Conseil à l'Égalité n°2020-11-04 rapporté par B. Gresy, E. Piet, C. Vidal, M. Salle.

43 Alyson Mc Gregor, « Le sexe de la santé, notre médecine centrée sur les hommes met en danger la santé des femmes », éditions Eres 2021.

de conduire ce type de recherche, les données ne sont presque jamais analysées sur la base de critères sexuels ». Elle poursuivait, « les normes qui encadrent la phase pré-clinique du développement des produits pharmaceutiques favorisent également les résultats centrés sur l'homme ».

Finalement, la bonne dose de ce somnifère pour les femmes était de la moitié de ce qui leur a été prescrit pendant plus de vingt ans. L'autrice remarque que la même méthodologie a été appliquée à de nombreux médicaments actuels et que, en réalité, on ignore encore combien de médicaments courants agissent différemment sur les femmes et les hommes. La question du poids, également peu prise en compte dans les expérimentations, devrait aussi être un paramètre fondamental en pharmacologie car il influence directement l'efficacité et potentiellement les effets indésirables d'un médicament.

La dimension de genre en matière de santé a été intégrée dans le programme de recherche de l'Union européenne Horizon 2020, lancé en 2014. En France, le comité d'éthique de l'INSERM s'est doté en 2013 d'un groupe de travail « genre et recherche en santé », tandis que le CNRS a créé en 2001 la « mission pour la place des femmes ». Il reste toutefois difficile de trouver aisément des informations claires et récentes sur la part des femmes dans les essais cliniques en France.

Malgré des progrès certains, une sous-représentation des femmes demeure dans les essais cliniques, particulièrement sur certaines pathologies. Lors de son audition, Muriel Salle précisait qu'il existe de fortes inégalités de représentation des femmes dans les études de recherche médicale. Ainsi, elles sont totalement absentes des essais conduits dans le domaine des produits pour l'imagerie diagnostique, mais représentent 76 % des groupes témoins en ophtalmologie.

Le CESE appuie la recommandation du Haut Conseil à l'égalité de 2020 demandant le recensement, l'exploitation et la mise en visibilité des données des essais cliniques selon le sexe, l'âge, le niveau socioéconomique et les pathologies ciblées, actuellement insuffisants pour satisfaire aux besoins d'information, **notamment en langue française,** des médecins, des chercheurs et chercheuses et du public.

Cette recommandation est d'autant plus importante que les médicaments sont conçus sur la base de ces essais cliniques pratiqués sur des hommes, tout comme la définition de leur posologie- alors qu'ils peuvent être potentiellement dangereux pour les femmes. La visibilité des effets différenciés sur les femmes et sur les hommes des médicaments actuellement en circulation sur le marché est inexistante et les effets de leur dosage sur la santé des femmes ne semblent pas être particulièrement recherché.

2. Le sexe, une variable à relativiser et à combiner avec d'autres facteurs

L'épidémiologiste Hélène Colineaux⁴⁴ indique que ce point de vigilance sur les essais cliniques a été le premier à avoir été soulevé **quant à l'impact du genre dans la recherche**. Mais elle en soulève d'autres : par exemple les mesures et les critères par rapport auxquels on se fixe pour déterminer certaines pathologies comme le stress, l'hypertension ou la dépression : les identifie-t-on de la même manière selon le sexe ? Et quelles sont les conséquences sur les résultats ? Ces questions mobilisent la recherche car elles ne sont pas résolues. Pour donner un exemple simple, l'épidémiologiste souligne que, pour qualifier la dépression, un risque existe de sous-estimer celle des hommes par rapport à celle des femmes. En effet, les questions posées aux personnes interrogées portant par exemple sur les crises de larmes conduisent les hommes à répondre qu'ils en sont beaucoup moins affectés que les femmes, alors que leur socialisation les conduit en grande partie à ne jamais pleurer. Elle ajoute que le contexte social et culturel peut aussi jouer. Ces questions sont, pour la chercheuse, fondamentales pour porter un **regard critique sur la manière dont sont élaborées les connaissances**.

Une nouvelle génération de chercheuses et chercheurs travaille depuis un peu plus de dix ans à **développer de nouveaux cadres d'analyse** privilégiant une **approche « bio-sociale »** dans la recherche biomédicale et la médecine. Des travaux analysent **la manière dont les interactions entre sexe et genre influent sur la physiologie et la pathologie et affectent différemment la santé des femmes et celle des hommes**. Comme le

souligne le HCE, ces jeunes chercheuses se distinguent par une démarche nouvelle d'intersectionnalité qui consiste à aborder les questions de santé en tenant compte à la fois du sexe biologique, du genre, du niveau socio-économique et de l'appartenance ethnique des patientes et patients. Elles prônent l'inclusion de l'étude des mécanismes des violences dans les objectifs de recherche sur les inégalités de genre en santé.

En France, le projet Gendhi **sur les inégalités de santé au prisme du genre**, porté en 2020 par Nathalie Bajos, sociologue-démographe directrice de recherche à l'INSERM auditionnée à plusieurs reprises par la délégation aux droits des femmes, en est l'illustration. L'objectif du projet est de comprendre **comment interagissent les facteurs biologiques, socio-culturels et économiques sur les inégalités sociales de santé, de la petite enfance à l'âge adulte**. La recherche porte sur des pathologies fréquentes dans lesquelles des biais de genre sont susceptibles d'intervenir tels que l'hypertension et l'infarctus du myocarde, la dépression, la maladie d'Alzheimer, et le cancer colorectal. L'approche, pluridisciplinaire, associe sociologie, épidémiologie et économie en étroite collaboration avec des équipes de médecins, de biologistes et des patientes et patients.

Dans cette lignée, l'épidémiologiste Hélène Colineaux affirme pour sa part que les différences biologiques observées entre les catégories de sexe ont été trop fréquemment expliquées par des mécanismes eux-mêmes biologiques, la dimorphie sexuelle⁴⁵, sans réelle base scientifique alors même que des mécanismes sociaux peuvent

44 Hélène Colineaux, « Déconstruire les différences de sexe », édition Double ponctuation, 2024.

45 La dimorphie sexuelle désigne le fait que les mâles et les femelles d'une espèce sexuée se distinguent, en moyenne, morphologiquement et physiologiquement. Définition d'Hélène Colineaux.

entrer en jeu pour expliquer ces différences⁴⁶. Pour l'épidémiologiste, **les phénomènes sociaux et biologiques ne sont pas cloisonnés.**

Pour elle, les événements psychiques, les traumatismes mais également tout ce que notre corps expérimente (habitudes alimentaires, intoxication par notre environnement etc.) redéfinissent nos paramètres biologiques à chaque instant : « *L'organisme s'adapte continuellement et dynamiquement aux défis de différentes natures posés par son environnement à tout instant par des réponses adaptées que l'on peut observer biologiquement* ». Elle en tire cette conclusion qui plonge dans un certain abîme : « *Aucun état biologique observé à un moment donné ne peut donc être compris sans son environnement présent et passé* ».

La chercheuse mobilise le concept d'incorporation, qui désigne ce que nous incorporons du monde matériel et social dans lequel nous évoluons tout au long de notre vie. **Notre environnement devient notre corps.** Ces mécanismes d'incorporation peuvent être exogènes (par exemple une réponse physiologique à un empoisonnement) ou endogènes (les réponses neuroendocriniennes, cognitives, psychiques de l'organisme). « *Selon le contexte dans lequel l'individu évolue, il ou elle ne sera pas soumise aux mêmes expositions et ne produira donc pas les mêmes réponses. Les*

structures sociales, à différents niveaux, de façon croisée et au cours du temps, viennent donc construire la biologie et la santé des individus ». Comme on l'a vu précédemment, le sexe et le genre sont profondément imbriqués. Cette imbrication doit être prise en compte pour mieux comprendre les différences et les similarités entre les femmes et les hommes dans la physiologie et la pathologie. Comme le soulignait le HCE⁴⁷ : « *La croyance que la biologie peut être séparée de l'environnement social reste très répandue parmi les médecins et les chercheur.ses. Avant de conclure hâtivement à des différences biologiques, il est important de considérer d'autres variables que le sexe : âge, taille, milieu socio-économique, profession, niveau d'instruction, appartenance ethnique, etc. pour forger des hypothèses alternatives pour la recherche et les traitements* ».

Or, comme l'indique Hélène Colineaux, les questions liées au genre et celles relatives à la santé sont encore très cloisonnées du point de vue des disciplines universitaires. **A minima les recherches en santé doivent mieux articuler sexe et genre.**

Dans l'ouvrage qu'elle a consacré à la déconstruction des différences, la chercheuse va encore plus loin dans son analyse⁴⁸. Elle explique la différence entre deux

46 Hélène Colineaux, « Déconstruire les différences de sexe », édition Double ponctuation, 2024.

47 « Prendre en compte le sexe et le genre pour mieux soigner : un enjeu de santé publique » rapport du Haut Conseil à l'Égalité n°2020-11-04 rapporté par B. Gresy, E. Piet, C. Vidal, M. Salle.

48 Hélène Colineaux, « Déconstruire les différences de sexe », édition Double ponctuation 2024.

épidémiologies⁴⁹ :

- l'épidémiologie au sens large est
« l'étude de la santé des populations
avec comme objectifs l'étude de
l'efficacité des traitements pour
une pathologie donnée mais aussi
de l'impact des événements intra-
utéro ou au cours de la vie sur
la santé ou l'espérance de vie, le
calcul de probabilité de récurrence.
Les connaissances produites sont
utilisées dans les pratiques de soins
et de prévention ».

- l'épidémiologie sociale est
« l'étude de l'impact des origines,
événements et trajectoires
de vie (sociales, familiales,
professionnelles etc.) sur la santé
pour comprendre comment les
inégalités de santé se construisent
et d'identifier les moyens de les
réduire. Il s'agit de comprendre
comment nos comportements
mais aussi ce à quoi nous sommes
exposés tout au long de notre vie
(stress, rapports de domination,
événements adverses, manque
ou présence de telle ou telle
ressource) va construire nos
corps biologiques, nos santés,
nos relations avec le système de
santé, etc. et donc, à l'échelle d'une
population, des inégalités de santé
entre les individus ».

Cette différence appelle à prendre
du recul sur notre façon de poser
ces questions de recherche,
d'interpréter les résultats et de
poser un regard critique sur la
production de connaissances : **qui
produit la recherche ? Qu'est-**

**ce qui est produit ? Pourquoi et
comment ?**

Hélène Colineaux reprend aussi la
notion de "connaissance située",
notion conceptualisée par Donna
Haraway en 1988 pour souligner le
fait que les résultats de recherche
doivent être replacés dans leur
contexte, en particulier celui de la
position sociale de son producteur
ou de sa productrice. Il faut "prendre
conscience du lieu d'où l'on parle".

**La production de la science
s'inscrit dans un contexte, des
contraintes, des limites et des
relations de pouvoir, qui influencent
indéniablement les résultats.**

L'exemple des nombreuses lacunes
dans la recherche sur l'endométriose
nous montre que la situation
sociale du « savant » conduit à
écarter certains sujets ou angles
de recherche. Les inégalités de
genre inhérentes à notre monde
social conduisent à une orientation
de la recherche vers certains
sujets au détriment d'autres, à
envisager certains angles plutôt
que d'autres, etc. Ce qui oriente de
facto les résultats de recherche
dans une certaine direction. **Cette
notion de connaissance située
vient questionner le caractère
universaliste des recherches
envisagées uniquement à travers le
prisme masculin.**

49 D'après l'INSERM, l'épidémiologie cherche à la fois à quantifier la fréquence d'un événement de santé dans une population, et à déterminer ses causes biologiques et médicales, environnementales, socio-économiques, etc. L'objectif final est d'identifier, pour pouvoir les limiter ou les éliminer, les facteurs (polluants atmosphériques, alimentation, etc.) en cause dans la survenue de l'événement de santé. INSERM, collection Repère : épidémiologie, décembre 2009.

PRÉCONISATION #1

Le CESE préconise le financement d'études et de recherches transdisciplinaires sur l'interaction entre facteurs biologiques, socio-culturels et économiques. L'objectif est d'en mesurer les conséquences en matière d'inégalités sociales en santé, notamment de genre, de la naissance à l'âge adulte.

3. Une prise en compte du sexe insuffisante dans la recherche liée à la santé-environnement

La loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé prévoit que la politique de santé garantisse le droit à la protection de la santé de chacun et de chacune, en assurant notamment « l'égalité entre les femmes et les hommes, ... la surveillance et l'observation de l'état de santé de la population et l'identification de ses principaux déterminants en s'appuyant sur le **concept d'exposome** entendu comme l'intégration sur la vie entière de l'ensemble des expositions qui peuvent influencer la santé humaine » (cf. article L1411-1 du Code de la santé publique).

Dans ses travaux « Inégalités de genre, crise climatique et transition écologique » le CESE démontrait **qu'en matière de santé-environnement**⁵⁰, et malgré une démarche volontaire de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), **des lacunes persistent dans la recherche des effets différenciés entre les femmes et les hommes de la pollution, de la dégradation de l'environnement et de l'exposition aux produits toxiques auxquels un individu est soumis tout au long de sa vie, de sa conception *in utero* à sa mort hors facteurs génétiques (exposome).** Comme l'indique la contribution de la délégation aux Outre-mer annexée à cet avis, le rapport mentionnait l'exemple du problème sanitaire grave de l'exposition à la chlordécone dans les territoires ultramarins. La recherche publique, faute de moyens générant des formes d'androcentrisme de la recherche, s'est concentrée sur les effets de ce produit sur les hommes et a reconnu le cancer de la prostate comme maladie professionnelle liée à ce produit. La recherche a ici laissé de côté l'impact différencié sur les femmes pourtant largement touchées par des cancers du sein, des ovaires et par l'infertilité. Le rapport rappelait que l'Institut national de l'environnement industriel et des risques (INERIS) soutient aujourd'hui une évaluation des

50 L'OMS, dans sa déclaration sur l'action pour l'environnement et la santé en Europe, 2ème conférence sur l'environnement et la santé en Europe, Helsinki, 20-22 juin 1994. Et : CESE, dans l'avis « Pour une politique publique nationale de santé environnement », qui donne la définition suivante : « La santé environnement comprend les aspects de la santé humaine et les maladies qui sont déterminées par les facteurs physiques, chimiques, biologiques, sociaux, psychosociaux et esthétiques de notre environnement. Elle concerne également la politique et les pratiques de gestion, de résorption, de contrôle et de prévention des facteurs environnementaux susceptibles d'affecter les générations actuelles et futures ».

risques faisant référence à l'exposome. Il en est de même pour le programme de travail 2023 de l'Agence nationale de sécurité sanitaire alimentaire nationale (ANSES). **L'intégration de la dimension genrée dans l'évaluation des effets des produits toxiques, aujourd'hui absente des programmes, permettrait de mieux protéger les femmes et notamment les femmes enceintes, plus sensibles à certains produits, et de reconnaître, le cas échéant, certaines pathologies comme des maladies professionnelles.** La recherche publique portant ces enjeux, les

appels à projets et les partenariats noués par l'Agence nationale de la recherche, l'ANSES ou le Centre national de la recherche scientifique (CNRS) devraient tenir compte de ces paramètres.

La préconisation n° 5 de l'avis du CESE « Inégalités de genre, crise climatique et transition écologique » recommandait **d'intégrer la dimension genrée et l'exposome dans la recherche publique en santé-environnement⁵¹**. Le CESE réitère cette recommandation dans le présent avis.

II - Un milieu qui n'échappe pas au sexisme ordinaire et aux discriminations

Les femmes ont investi les études de médecine et sont de plus en plus nombreuses à exercer des fonctions à l'hôpital. Cette dynamique se retrouve également au sein des cabinets libéraux. Elles ne pratiquent toutefois pas toujours les mêmes spécialités que les hommes et restent encore très minoritaires dans les postes à responsabilité les plus élevés, les plus réputés et les plus rémunérateurs. Elles font encore face à de nombreux obstacles pour réussir à financer leurs recherches et publier dans des revues prestigieuses, peinant alors à sortir du cercle vicieux dans lequel les financements dépendent du

nombre de publications. En revanche, les femmes constituent la majeure partie des personnels exerçant des métiers du soin les plus pénibles et peu valorisés. Historiquement, les qualités propres aux métiers du soin ont été socialement considérées comme féminines, maternelles, et non comme des compétences valorisables et valorisantes professionnellement. Majoritairement exercés par des femmes, ces métiers sont aujourd'hui encore particulièrement dévalorisés.⁵² En revanche, lorsque des hommes intègrent des milieux très majoritairement féminins, comme celui des sages-femmes, leur carrière a plus de

⁵¹ La recommandation 5 de l'avis « Inégalité de genre, crise climatique et transition écologique » rapporté par Antoine Gatet et Aminata Niakaté, CESE, mars 2023 est ainsi rédigée : « Initier des programmes et projets de recherche pluridisciplinaire sur l'exposome qui accordent davantage de visibilité aux impacts différenciés de l'exposition aux dégradations environnementales entre les femmes et les hommes, notamment pour mieux les prendre en compte dans la reconnaissance des maladies professionnelles ; veiller à ce que les appels à projets et partenariats noués par l'agence nationale de la recherche, l'ANSES et le CNRS, prennent en compte la dimension genrée ; intégrer ces enjeux de recherche et d'évaluation scientifique par l'exposome dans le 5ème Plan national santé environnement (PNSE) 2025-2030 ».

⁵² Sabine Germain, « Un métier se dévalorise-t-il parce qu'il se féminise ? », Alternatives économiques, 8 mars 2024.

chance d'évoluer plus rapidement⁵³ (cf. *infra*).

Les femmes dans le milieu de la santé, n'échappent pas aux discriminations, au sexisme, ni aux violences sexistes et sexuelles (VSS). Les étudiantes font particulièrement l'objet de vexations, humiliations, attouchements et autres violences parfois plus graves de la part des professeurs d'université, chefs de services et autres personnes

sous l'autorité desquelles elles sont en apprentissage. Renforcées et légitimées par une culture carabine, ces agressions peuvent venir des étudiants eux-mêmes, notamment lors de soirées festives ou de week-ends. La dénonciation est difficile, surtout lorsqu'il s'agit de professeurs ayant beaucoup de pouvoir. La marge de manœuvre est alors assez faible pour les victimes qui craignent pour leur carrière.

A. Des métiers du soin très féminisés, de plus en plus d'étudiantes en médecine, toujours victimes de sexisme

1. Des études de médecine qui intègrent de plus en plus de femmes, certaines professions médicales principalement exercées par des femmes

Longtemps réservé aux hommes, le métier de médecin s'est progressivement ouvert aux femmes. Elles sont désormais majoritaires dans la profession, bien que certaines spécialités médicales restent assez fortement genrées. Les métiers du soin les moins valorisés, les moins rémunérés et les plus pénibles restent très majoritairement exercés par les femmes. Depuis longtemps, les chercheuses ont établi le lien entre les qualités supposées naturelles des femmes envers le soin et leur présence massive dans ce secteur.

LES ÉTUDIANTES ET ÉTUDIANTS EN MÉDECINE

Les femmes représentent une majorité des étudiants et étudiantes en médecine. Selon la DRESS, en 2023 en France, **elles constituent environ 64 % des effectifs en première année**. Dans les formations de sages-femmes, cette proportion atteint 84 %. Ces chiffres cachent des disparités : les femmes sont largement majoritaires dans les spécialités comme la pédiatrie (70 %) et la médecine générale (60 %), les hommes dominent les disciplines techniques telles que la chirurgie (75 %) et l'anesthésie-réanimation (60 %). Les spécialités médicales comme la cardiologie ou la radiologie présentent des proportions plus équilibrées, avec une part de femmes entre 30 et 40 %⁵⁴.

53 Articles du Monde : « Les hommes « sages-femmes » sont surreprésentés dans les postes valorisés », Margherita Nasi, Le Monde 23 novembre 2021 ; « Les hommes dans les métiers dits féminins montent plus vite en hiérarchie et prennent la lumière », Alice Raybaud, 13 juin 2024.

54 État des lieux de la place des femmes dans les postes hospitalo-universitaires en France : évolutions et défis en 2024. Groupe Pasteur mutualité.

LES MÉDECINS

Le taux de féminisation des médecins est de 51,1 %, marquant une progression de 10 points entre 2010 et 2023⁵⁵. En revanche, les femmes qui travaillent dans le secteur de la santé et des soins gagnent en moyenne 24 % de moins que les hommes⁵⁶.

La féminisation de la profession chez les médecins en activité progresse sur tout le territoire, avec toutefois des variations. Ainsi, le taux de féminisation apparaît davantage prononcé dans certains départements comme les Hauts-de-Seine, l'Isère, la Loire-Atlantique, où ces derniers dépassent les 55 %. A l'inverse, d'autres départements, comme la Nièvre, l'Aisne ou encore certains territoires ultramarins comme Wallis et Futuna et Saint-Pierre et Miquelon, présentent des taux de féminisation les plus faibles. A l'échelle métropolitaine, le Cher (+45,3 %), la Haute-Loire (+39,1 %) ainsi que la Vendée et la Haute-Saône (+38,5 %) sont les départements ayant les variations les plus fortes. A *contrario*, la variation, bien que positive, apparaît plus faible dans certains autres départements comme Paris (+10,5 %), l'Essonne (+11 %) ou encore la Nièvre (+11,8 %⁵⁷).

L'EXERCICE EN MILIEU HOSPITALIER

Dans le milieu hospitalier, qui emploie plus d'un million de salariées et salariés, **les femmes sont majoritaires dans de nombreux corps de métiers comme les infirmières (87 %)⁵⁸ et les praticiennes et praticiens hospitaliers (55 %)⁵⁹**. En 2020, 40 % des enseignants-chercheurs sont des femmes mais elles sont plus nombreuses parmi les maîtres de conférences des universités (45 %) que parmi les professeurs des universités (28 %)⁶⁰. Pour la première fois en 2021, les femmes sont légèrement plus nombreuses chez les directeurs et directrices d'hôpital exerçant en établissement (50,1 % contre 49,9 %). Les postes de directeurs-adjoints des hôpitaux sont pourvus à 54,2 % par des femmes. Mais lorsque l'on regarde attentivement **la répartition par échelon, sexe et emploi des directeurs d'hôpitaux en classe exceptionnelle** exerçant en établissement, **les hommes sont beaucoup plus nombreux**, allant de zéro femme pour certains échelons au double d'hommes pour d'autres⁶¹.

Alors que **les femmes représentent une majorité parmi les praticiens hospitaliers, leur accès aux postes hospitalo-universitaires reste très limité**. En effet, si, comme nous l'avons vu, 55 % des praticiens hospitaliers sont des femmes, ce qui démontre une forte féminisation de la base médicale, cette présence diminue drastiquement lorsque l'on observe les postes de professeur des universités-praticien hospitalier (PU-PH)

55 Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DRESS), « Démographie des infirmières et des aides-soignantes », juin 2024.

56 Santé mentale.fr 21 septembre 2022.

57 Atlas de la démographie médicale en France situation au 1er janvier 2024.

58 Etudes et Résultats DRESS, décembre 2024, n°1319.

59 Personnels enseignants et hospitaliers titulaires et stagiaires, éléments statistiques sur la partie hospitalière de leur activité, situation au 1er janvier 2024. Centre National de Gestion du ministère des Affaires sociales.

60 La situation des femmes dans l'enseignement supérieur en 2020.

61 Directeurs d'hôpitaux : éléments statistiques au 1er janvier 2021 Centre National de Gestion (établissement public administratif sous tutelle du ministère de la Santé).

et de maître de conférences des universités-praticiens hospitaliers (MCU-PH), avec seulement 24 % de femmes PU-PH et 46 % de femmes MCU-PH en 2024. Ces chiffres soulignent un véritable frein dans l'accès des femmes aux postes hospitalo-universitaires.

Certaines spécialités médicales affichent des disparités notables : **les services techniques comme la chirurgie, l'anesthésie-réanimation restent des domaines très masculins, avec moins de 15 % de femmes PU-HP** en 2023. Les spécialités médicales sont plus mixtes (médecine interne, pédiatrie) avec jusqu'à 40 % de femmes. La Santé publique et la recherche clinique enregistrent une progression plus importante de femmes qui constituent jusqu'à 45 % des postes de MCU-PH ⁶². Plusieurs barrières systémiques freinent encore l'accès des femmes à ces fonctions :

- **des critères de promotion** : l'accent mis sur la recherche et les publications scientifiques pèse davantage sur les femmes, souvent confrontées à une double charge de travail, professionnelle et familiale. Par exemple, le témoignage d'une praticienne en santé publique illustre ces difficultés : *« publier des articles tout en jonglant avec les responsabilités familiales est une lutte constante, alors que mes collègues masculins disposent souvent de plus de temps pour se consacrer à leur carrière*

universitaire ⁶³. » De même, une chirurgienne candidate à un poste de PU-PH évoque le besoin de mentorat pour naviguer dans les attentes souvent implicites des comités de sélection ;

- **des pratiques de cooptation** : la nomination à des postes hospitalo-universitaires repose encore largement sur des réseaux dominés par les hommes ;
 - **un manque de modèles féminins** : l'absence de figures féminines dans les postes de direction limite les aspirations des jeunes médecins femmes.
- Pour féminiser les postes hospitalo-universitaires, des mesures ont été prises depuis 2018 :
- la mise en place de **quotas** dans certains concours hospitaliers universitaires visant à garantir qu'au moins 30 % des nominations annuelles concerneront des femmes. Ces quotas s'appliquent à toutes les spécialités. Leur impact est plus visible dans les disciplines comme la médecine générale et la santé publique ;
 - des **campagnes de sensibilisation** sur l'égalité professionnelle menées auprès des instances décisionnelles, dont les PU-PH hommes, pour promouvoir un changement de mentalité. Des séminaires et des ateliers sur la diversité et l'inclusion ont été organisés dans les facultés de médecine et les

⁶² Personnels enseignants et hospitaliers titulaires et stagiaires éléments statistiques sur la partie hospitalière de leur activité, situation au 1^{er} janvier 2024. Centre National de Gestion du ministère des Affaires sociales.

⁶³ État des lieux de la place des femmes dans les postes hospitalo-universitaires en France : évolutions et défis en 2024. Groupe Pasteur mutualité.

CHU ;

- **le mentorat** et l'accompagnement des femmes candidates avec des programmes, souvent pilotés par des femmes PU-PH expérimentées. Ces initiatives comprennent des sessions de coaching individuel, des ateliers sur la préparation des concours hospitalo-universitaires et des groupes de discussion pour partager des bonnes pratiques. Par ailleurs, des réseaux professionnels féminins, tels que Femmes de Santé, ont renforcé ces efforts en offrant des ressources et un soutien dédié.

Toutefois, l'impact de ces mesures reste mitigé. Les taux de nomination des femmes progressent lentement. En 2024, les femmes représentent 34 % des nominations à des postes de PU-PH et 46 % à des postes de MCU-PH, contre respectivement 28 % et 38 % en 2018⁶⁴.

D'une manière générale, que ce soit ou non en milieu hospitalier, il faut noter que le déséquilibre persistant dans la prise en charge des tâches domestiques effectuées très majoritairement par les femmes constitue toujours un frein pour qu'elles accèdent à des postes prestigieux et rémunérateurs qui demandent souvent un investissement en temps dont elles ne disposent pas. Ainsi, certaines spécialités peuvent aussi être choisies par les femmes pour qu'elles puissent concilier leur vie personnelle et professionnelle.

LE PERSONNEL SOIGNANT, INFIRMIER, LES SAGES-FEMMES

En 2021, la France compte un peu moins de **500 000 aides-soignantes, un nombre à peu près équivalent d'infirmières** qui exercent une activité

salariée et 98 600 une activité libérale, certaines exerçant une activité mixte. Les effectifs d'infirmières et d'aides-soignantes ont augmenté entre 2013 et 2021, de façon plus importante pour les infirmières libérales (+ 28,5 % contre + 6,9 % pour les infirmières salariées et + 6,5 % pour les aides-soignantes). Un léger repli est observé en 2021 pour les effectifs salariés des deux professions. Pour autant, divers facteurs peuvent freiner le choix d'un exercice libéral, telles que les contraintes inhérentes à la gestion d'une activité en termes de charge de travail ou encore la difficulté de la suspendre en cas de maternité. Les professions d'aides-soignantes et d'infirmières sont très majoritairement féminines. En 2021, 90 % des aides-soignantes en activité, 87 % des infirmières salariées et 82 % des infirmières libérales sont des femmes. En 2024, près de **25 000 sages-femmes** sont inscrites à l'Ordre des sages-femmes. Elles exercent à 57 % en qualité de salariées et hospitalières, pour 35 % comme libérales ou mixtes, les 8 % restants étant dans la catégorie « autres salariées ». **D'ici 2050, les prévisions suggèrent qu'il y aura 1 % de plus de sages-femmes en milieu hospitalier pour 70 % de plus en libéral.** Le revenu moyen d'une sage-femme varie de 2 200 € en début de carrière à 4 000 € en fin de carrière⁶⁵.

L'attractivité de ces métiers est faible chez les hommes, notamment à cause des salaires mais aussi des systèmes de représentation qui peuvent être considérés comme non conformes aux attentes générées par la société. Toutefois, comme c'est le cas pour de nombreux métiers exercés majoritairement par les femmes, les

64 État des lieux de la place des femmes dans les postes hospitalo-universitaires en France : évolutions et défis en 2024. Groupe Pasteur mutualité.

65 Mutuelle d'assurance des professionnels de la santé, « Sages-femmes les chiffres clés 2024 », 31 mai 2025.

études montrent que les hommes qui par exemple suivent un cursus de sage-femme (appelés aussi maïeuticiens, ils étaient 641 en 2021 soit 2,72 % des effectifs), bénéficient d'un meilleur traitement que leurs homologues femmes et connaissent des progressions de carrière plus rapides appelé « escalator de verre »⁶⁶.

2. Les femmes dans la production de la littérature médicale et la recherche médicale

La part des femmes dans les sciences, la médecine et la santé a fait l'objet d'un numéro spécial très remarqué de la revue médicale **The Lancet en 2019 « Pour l'avancement des femmes en sciences, en médecine et en santé globale »**. The Lancet a analysé plus de onze millions d'articles indexés dans les répertoires scientifiques américains pour éclairer la place des femmes comme productrices de connaissances scientifiques et aussi pour recenser le nombre d'articles scientifiques tenant compte des deux sexes dans leur méthodologie. Parmi les nombreux enseignements tirés de cette étude, on constate que, dans les sciences reproductives, on trouve deux fois plus d'études écrites par des femmes que par des hommes. C'est l'exact inverse pour les études en pharmacologie. **Les hommes écrivent d'ailleurs en bien plus grand nombre dans les revues à fort impact scientifique.**

La revue indique que, entre 1980 et 2016, les femmes auteures

sont passées de 36 % à 69 % en santé publique et de 59 % à 67 % en médecine clinique. Cela s'avère moins visible en pharmacologie ou en recherche biomédicale, avec la mention de femmes dans 31 % des cas. L'étude montre que, plus il y a de femmes parmi les auteurs et plus les différences sexuelles sont prises en compte dans le traitement des sujets⁶⁷.

D'autres travaux d'investigation du Lancet relèvent des différences dans le travail de recherche effectué par les femmes. Par exemple, l'expérimentation et l'analyse formelle sont plus souvent confiées à des femmes, contrairement à la révision ou à **la supervision de la recherche qui reviendront à des hommes, tout comme, très souvent, le crédit des publications.**

Le directeur de la revue et la rédactrice en chef montrent que le **système de publication scientifique souffre d'un biais de genre**. Les revues et les éditeurs entretiennent un cercle vicieux en défaveur des femmes : d'abord, celles-ci sont moins représentées dans les instances académiques et participent donc peu aux publications scientifiques. Comme elles publient moins, elles reçoivent moins de financements pour leurs projets et reçoivent moins de distinctions ; et, comme elles bénéficient de moins de distinction et de promotion, elles sont... moins présentes dans les autorités académiques.

La présence congrue de femmes productrices de connaissances

⁶⁶ Margherita Nasi, Le Monde, « Les hommes « sages-femmes » sont surreprésentés dans les postes valorisés », 23 novembre 2021.

⁶⁷ Isabelle Burgun, « La faible place des femmes dans l'écriture des sciences influe sur les résultats », Science-Presse, 7 mars 2019.

scientifiques les cantonne à des emplois plus secondaires et **leur sous-représentation au sein des recherches hautement subventionnées nuirait, finalement, à la science.** En effet, partant du principe que l'égalité entre les femmes et les hommes dans ce domaine est une question de justice et de droits, la revue souligne que c'est aussi une condition essentielle pour produire une recherche de qualité et fournir les meilleurs soins aux patientes et patients.

La revue a aussi mis en lumière les diverses formes de **discrimination entre les femmes et les hommes dans l'attribution et le financement des programmes de recherche clinique**, dans l'attention portée par les universités au genre et à la diversité ethnique et dans la relation entre le leadership féminin dans la science et la production de recherche liée au genre.

La revue, reconnue et mondialement respectée pour son sérieux, a elle-même engagé un programme pour mieux visibiliser les femmes et les personnes issues de pays à moyens ou faibles revenus au sein de ses conseils consultatifs de rédaction, entraînant d'autres revues à tendre vers ces objectifs. Une autre mesure forte du Lancet est d'avoir indiqué qu'elle refuserait d'intervenir dans les événements ne comportant aucune intervention de femmes.

En 2021, Hazrije Mustafic, cardiologue à La Pitié-Salpêtrière, a pour sa part examiné 628 articles de 5 revues spécialisées francophones en cardiologie et constaté que **près de 80 % des premiers auteurs étaient**

des hommes. Elle constate que « *Les femmes sont moins souvent sollicitées durant les études de médecine et s'autolimitent (...)* » l'expertise des femmes est davantage mise en doute. D'ailleurs, souligne-t-elle : « *une femme en blouse est d'abord perçue comme une infirmière alors qu'un homme en blouse est forcément un médecin* »⁶⁸.

Une analyse des essais cardiovasculaires publiés au cours des quatre dernières années a révélé que les femmes n'étaient présentes qu'à hauteur de 10,1 % dans les comités de direction des essais cliniques et que **la moitié ne contenait aucune femme dans l'équipe de direction**, selon un article publié le 28 février dans Journal of the American College of Cardiology⁶⁹.

Dans l'enseignement supérieur et la recherche, seulement 30 % des scientifiques titulaires sont des femmes et les postes de direction scientifique sont encore moins féminisés. Ces chiffres n'évoluent quasiment pas. La microbiologiste Aude Bernheim souligne les éléments suivants « *On pense que la recherche biomédicale est plus mixte car il y a quasiment une parité au niveau des doctorants. Mais si l'on regarde de plus près l'environnement scientifique, on constate qu'il est toujours fortement excluant pour les femmes. Cela va des comportements de harcèlement à une moindre valorisation des réussites, en passant par l'auto-censure qui en découle. Tout cela minore la capacité des femmes scientifiques à se projeter à des postes élevés* »⁷⁰.

Aude Bernheim fait ensuite une démonstration imparable des inégalités qui, à terme, handicapent les femmes

68 Pascal Santi, Le Monde, « Un appel pour mieux prendre en compte la santé des femmes, sous-représentées dans les essais cliniques », 8 mars 2022.

69 Ibid.

70 INSERM, « Comment la prise en compte du sexe et du genre transforme la recherche scientifique », interview d'Aude Bernheim spécialiste en microbiologie et en génétique à l'Inserm, puis à l'institut Pasteur, 3 février 2025.

dans la recherche. Elle indique d'abord que les inégalités ne sont pas « *une simple série d'obstacles à surmonter* » par les femmes mais que la réalité historique « **c'est que la science a été faite par des hommes et pour des hommes durant des centaines d'années. L'environnement de la recherche est le résultat de cette sédimentation.** Il sera plus efficace de porter un regard neuf sur le système et de proposer des évolutions plutôt que de vouloir colmater des brèches ».

Evoquant les causes des inégalités, elle souligne que « *Dans la recherche, on devient généralement indépendant entre 30 et 40 ans. Il se trouve que c'est souvent aux alentours de cet âge que les scientifiques fondent une famille. Actuellement, le système ne permet par exemple pas d'être remplacée durant un congé maternité lorsqu'on dirige un laboratoire. Cela complique considérablement la situation des femmes. Cela peut même être un facteur de découragement, car il faut se débrouiller seule pour tout organiser et assumer son statut de directrice en parallèle de la maternité. Le résultat concret peut être de d'abord faire le choix de travailler sous la direction de quelqu'un d'autre le temps de fonder une famille, avant d'éventuellement s'autoriser à viser plus haut. Malheureusement, si l'on passe à côté de cette période charnière, il peut être plus difficile de rebondir, car beaucoup de carrières s'organisent à cette période* ».

« Sans s'en rendre compte, **les**

laboratoires reproduisent les biais sexistes de notre société et les femmes auront tendance à préférentiellement réaliser ces tâches à faible valeur ajoutée, qu'il s'agisse des opérations de lavage, ou de l'organisation d'événements informels type « pots ». Cela paraît insignifiant, pourtant cela génère une charge mentale additionnelle. À long terme, cela impacte le temps de recherche et le temps de travail. Ces observations à l'échelle de mon laboratoire ont été décrites de façon systématique dans la littérature scientifique, montrant qu'il ne s'agit pas là d'un exemple isolé ».

3. Le sexisme et les discriminations envers les femmes exerçant dans le milieu médical

L'INSERM définit le sexisme comme « *l'ensemble des attitudes, propos et comportements fondés sur des stéréotypes de sexe* ». Le sexisme tend à inférioriser les personnes qui en sont victimes et à créer des discriminations en leur défaveur. **En milieu hospitalier, 78 % des femmes déclarent avoir été victimes de comportements sexistes.** Le sexisme se traduit d'abord par des discriminations : 82 % des femmes s'en sont senties victimes au cours de leur carrière et 29 % dans les douze derniers mois ; il se traduit également par du harcèlement sexuel : 20 % des femmes médecins ont par exemple subi des pressions répétées pour obtenir des faveurs sexuelles ; enfin, il se manifeste par des violences sexistes et sexuelles ; 17 % des femmes médecins ont subi

des agressions sexuelles⁷¹.

L'origine constitue un motif de discrimination mentionné dans 11 % des cas. Dès lors, en se situant à l'intersection de deux motifs de discriminations, les femmes perçues comme non-blanches sont encore plus susceptibles de vivre des discriminations.

Le sexisme ordinaire, les discriminations et les violences ont des effets importants sur la santé psychologique des femmes et sur leur carrière à l'hôpital. Le sexisme ordinaire a des effets néfastes sur la santé, la confiance en soi, la performance et la satisfaction professionnelle des personnes ciblées. **93 % des femmes salariées considèrent que les réflexions et attitudes sexistes peuvent modifier leur comportement au travail** et 92 % qu'elles **ont un impact sur la confiance en soi** et déstabilisent le travail de ceux qui le subissent.

La carrière des femmes est très largement impactée par le sexisme à l'hôpital. D'après l'infectiologue Karine Lacombe,⁷² les hommes entament en moyenne leur carrière universitaire et médicale deux ans avant les femmes. Si plusieurs facteurs tendent à expliquer cet écart, la maternité et la charge des enfants comptent parmi les principaux. Les femmes sont nombreuses à témoigner d'avertissements explicites de ne pas faire d'enfants avant d'entamer leur clinicat. Plus largement, les critères de sélection pour devenir professeur d'université tendent à désavantager les femmes qui ont un engagement familial même si leurs productions scientifiques, et leur statut marital et parental sont équivalents à ceux de leurs confrères. Ces pressions qui incombent aux femmes

découlent notamment du faible taux de remplacement de celles-ci lorsqu'elles sont en congé maternité. En effet, si 84 % des médecins ont bien pris leur congé maternité en totalité, seulement 5 % d'entre elles ont été remplacées.

D'après le baromètre Ipsos 2024 commandité par l'association « Donner des Elles à la santé », baromètre effectué sur 500 professionnelles et professionnels de santé entre janvier et février 2024, 60 % des femmes et 31 % des hommes considèrent que **les hommes sont davantage sollicités pour des activités de représentation** (conférences, réunions institutionnelles etc.). De même, 62 % des femmes et 22 % des hommes pensent que, à travail égal, les hommes sont plus valorisés que les femmes⁷³. Muriel Salle, lors de son audition, a indiqué que ce baromètre montre **des discriminations persistantes dans l'accès des femmes aux postes les plus importants** : 29 % d'entre elles se sont senties discriminées en raison de leur sexe au cours de l'année précédant l'enquête, 49 % des hommes médecins hospitaliers se sont vu proposer des postes à responsabilité au cours de l'année écoulée contre 35 % des femmes, 16 % des femmes estiment que des postes à responsabilité leur ont été refusés en raison de leur genre.

Ces discriminations subies par les femmes ont tendance à influencer leurs choix personnels. 46 % des femmes médecins hospitalières déclarent avoir retardé leur projet de grossesse pour des raisons professionnelles. De plus, on note des disparités importantes dans la volonté des médecins d'accéder à des responsabilités supérieures. D'après le Centre National de Gestion

71 INSERM, « Lutte contre le harcèlement et les violences sexistes et sexuelles », 19 septembre 2024.

72 Karine Lacombe, « Les femmes sauveront l'hôpital », éditions Stock, octobre 2023.

73 5ème baromètre Ipsos 2024 « Donner des ailes à la santé », site de l'association dont le but est d'encourager le monde de la santé à sortir des stéréotypes et à s'engager dans une démarche de mixité.

du ministère des Affaires sociales, quand 31 % des femmes de moins de 45 ans souhaitent des postes à

responsabilité, c'est le cas pour 58 % des hommes.

B. Les violences sexistes et sexuelles dans le milieu médical, des étudiantes aux professionnelles de santé

1. Les violences sexistes et sexuelles dans la médecine et les métiers du soin

De nombreuses études ont été publiées **sur les violences sexistes et sexuelles (VSS) dont sont victimes les femmes médecins**, dont l'une des plus récentes par l'Ordre des médecins en novembre 2024⁷⁴. Déclarative, cette enquête réalisée auprès de 285 000 médecins montre que les VSS existent à grande échelle dans le monde médical. 29 % des médecins déclarent avoir été victimes de VSS, **avec un écart très marqué entre les femmes et les hommes** : 54 % des médecins femmes déclarent avoir subi une violence sexuelle, le plus souvent durant leurs études (48 %), mais aussi dans le cadre professionnel (25 %), contre 5 % chez les hommes. Les faits déclarés sont d'abord des outrages (49 %), suivi de faits de harcèlement (18 %), d'agressions (9 %) et de viols (2 %). **Quasiment la moitié des médecins femmes (49 %) ont été agressées par un autre médecin** inscrit à l'Ordre, le plus souvent durant leurs études (23 %) mais aussi dans la

vie professionnelle (10 %), contre 3 % des médecins hommes. 65 % des médecins déclarent avoir eu connaissance de faits de ce type durant leurs études ou au cours de leur vie professionnelle, c'est même le cas de trois quarts (74 %) des moins de 40 ans.

Un tiers des sondés évoque **la banalisation de ces violences dans le monde médical**. « Ils sont aussi très nombreux à souligner que les victimes ont du mal à se faire entendre ou que les victimes, quand elles parlent, font l'objet de discrimination dans la suite de leur carrière » (non-obtention de poste, changement de service, « mise au placard », etc.)⁷⁵.

Ces dernières années, les tribunes, témoignages et enquêtes sur le sujet se sont multipliés, portés par des associations, des syndicats de praticiens, d'étudiants et d'internes en médecine, de pharmaciens etc. En avril 2024, l'infectiologue Karine Lacombe revient dans une interview sur son livre⁷⁶ et dénonce un urgentiste très médiatisé⁷⁷. Cette affaire a de nouveau mis en lumière les violences sexistes et sexuelles

74 Conseil national de l'Ordre des médecins, Enquête sur les violences sexistes et sexuelles, 20 novembre 2024.

75 Matteo Battaglia, Le Monde, « L'ampleur des violences sexistes et sexuelles dans le milieu médical documentée par l'ordre des médecins », le 21 novembre 2024.

76 Karine Lacombe, « Les femmes sauveront l'hôpital », éditions Stock octobre 2023.

77 L'urgentiste a toujours nié ces faits.

contre les femmes à l'hôpital. Suite à cette médiatisation, une concertation a été lancée par le ministre de la Santé pour élaborer une stratégie de lutte « tolérance zéro » contre ces violences. Un plan d'action devait être initié, qui a été stoppé par la dissolution de l'Assemblée nationale. Un nouveau plan d'actions pour accueillir la parole des victimes, les accompagner davantage et renforcer l'efficacité des procédures a été annoncé le 17 janvier 2025 par Yannick Neuder, ministre chargé de la Santé et de l'Accès aux soins, durant son déplacement aux Hospices Civils de Lyon.

Pour l'Ordre des médecins, « *Aucun acte délictueux ne doit rester sans réponse de l'ordre à partir du moment où l'Ordre est au courant* ». Sans communiquer le nombre de signalements, de sanctions ou de radiations enregistrés par l'instance, son président indique : « *Il y a indiscutablement des affaires ou des signalements, ces dernières années, que nous n'avons pas traités comme nous aurions dû.* »⁷⁸. Depuis 2019, l'ordre affirme avoir mis en place des mesures pour faciliter les sanctions envers les médecins auteurs de violences et se montre favorable à des évolutions législatives.

En 2017, la médecin généraliste Valérie Auslander recueille dans son ouvrage une centaine de témoignages d'étudiantes et étudiants en médecine, en soins infirmiers et futures aides-soignantes⁷⁹. Elle affirme : « *Cette souffrance ne concerne pas que les futurs médecins. Plus de 85 % des 3486 étudiants en soins infirmiers interrogés par leur fédération nationale*

*en février 2015 considèrent que la formation est vécue comme violente dans la relation avec les équipes encadrantes en stage*⁸⁰ ».

2. Les violences sexistes et sexuelles pendant les études de médecine

DE LA CULTURE CARABINE AUX AGRESSIONS

Les études et l'internat agissent comme une période de socialisation à l'égard de ces comportements, au cours de laquelle l'esprit carabin est transmis.

La culture carabine serait un exutoire face à la souffrance, la douleur et la mort, prônant une inversion des valeurs dans les lieux où elles s'exercent.

Pendant les études de médecine, les chansons dites « paillardes » sont encore considérées comme un symbole fort de « cohésion » au sein des étudiants et étudiantes. Certaines sont à caractère sexuel, chantées sous couvert de « l'esprit carabin ». Elles font souvent l'objet de rires et d'émulations et sont peu remises en question. Au même titre que des injures, les paroles sont souvent dégradantes et peuvent heurter. A cet égard, plus d'un étudiant et d'une étudiante sur huit (dont le double de femmes que d'hommes, à savoir 16 % versus 8 %) s'est déjà senti blessé ou visé par des chansons à caractère sexuel⁸¹. Les salles de garde deviennent un monde à part, dans lequel la respectabilité attendue des médecins à l'extérieur se transforme en une irrévérence vis-à-vis de la pudeur et de la décence. Inculquées comme la norme, les violences sexuelles

⁷⁸ Mattea Battaglia, Le Monde, « L'ampleur des violences sexistes et sexuelles dans le milieu médical documentée par l'ordre des médecins », le 21 novembre 2024.

⁷⁹ Valérie Auslander, « Omerta à l'hôpital. Le livre noir des maltraitances faites aux étudiants en santé », Broché – Grand livre, 28 février 2017.

⁸⁰ Omerta à l'hôpital, article publié sur le site France assos santé, 18 avril 2017.

⁸¹ Association Nationale des Etudiants en Médecine de France, Enquête 2021 sur les VSS en étude de médecine, L'enquête a été effectuée sur 4 500 étudiantes et étudiants.

et sexistes ne sont souvent pas perçues comme problématiques par les victimes. Le rapport au corps est extrêmement débridé dans les soirées en médecine et en contexte hospitalier. Les fresques à caractère pornographique présentes dans de nombreuses salles de garde montrent une domination du masculin sur le féminin avec une sexualité obscène très phallocentrée. En janvier 2023, le ministère de la Santé a demandé par instruction aux hôpitaux de « *retirer l'ensemble des fresques carabines à caractère pornographique et sexiste*⁸² ».

Toutefois, très souvent, le *statu quo* est maintenu car cette culture carabine est diffusée par les chefs eux-mêmes, tout puissants dans leur service. Les défenseurs de ces traditions s'organisent d'ailleurs en association. En ne se soumettant pas aux traditions, les individus s'autoexcluent du groupe de pairs et même des apprentissages.

La culture du secret est aussi très présente à l'hôpital. Parce qu'on a l'habitude de garder pour soi ce qu'il s'y passe, la même dynamique tend à s'opérer pour les victimes. En conséquence, peu de femmes qui ont vécu ce type de comportements disent en avoir parlé au sein de l'hôpital.

Alors que la judiciarisation des affaires est très mal vue dans le milieu hospitalier, **les sanctions internes restent peu nombreuses**. Les faits connaissent des suites dans 31 % des cas quand ils sont signalés

par des témoins et dans seulement 13 % des cas lorsque ce sont les victimes qui en parlent. Les hommes se protègent entre eux au nom de la co-fraternité. S'y ajoute une résignation de nombreuses femmes qui considèrent ces situations comme normales.

Les soirées d'intégration, soirées étudiantes, weekends festifs, galas peuvent aussi être l'occasion d'agressions. Plus de 15 % des répondantes et répondants interrogés dans l'enquête de l'Association Nationale des Etudiants en médecine de France⁸³ (cf. ci-dessous) ont déjà **subi des agressions sexuelles dans leur vie universitaire**, parmi lesquels 18,7 % de femmes et 8,1 % d'hommes. Ces événements festifs organisés pour les étudiants sont les lieux où les agressions sexuelles surviennent majoritairement (90 % des cas). Le second lieu d'agression est la faculté. 119 étudiantes déclarent avoir été violées (3,4 % des femmes ont répondu oui pour 0,9 % des hommes).

LES VIOLENCES SEXISTES ET SEXUELLES ENVERS LES ÉTUDIANTES DE LA FACULTÉ AU DOCTORAT ET DANS LE MILIEU HOSPITALIER

Les lieux d'enseignement des praticiennes et praticiens de santé n'ont pas échappé à la vague « Metoo ». Ils ont fait face à des dénonciations massives de pratiques sexistes et de violences sexuelles

82 Quotidien du médecin ? « Faut-il effacer les fresques de la discorde dans les salles de garde ? » 3 mars 2023. Il est intéressant de noter l'intitulé même de l'article qui qualifie ces fresques « de la discorde ».

83 Association Nationale des Etudiants en Médecine de France, Enquête 2021 sur les VSS en étude de médecine.

conduisant certaines étudiantes à abandonner leurs études.

L'enquête de 2021 menée par l'Association Nationale des Etudiants en médecine de France (ANEMF) sur les violences sexistes et sexuelles dont sont victimes les étudiants et les étudiantes tant lors de leurs études médicales, à la faculté, qu'en milieu hospitalier, fait état de violences massives, particulièrement à l'égard des femmes.

L'ANEMF indique sur son site que les résultats sont alarmants et mettent en lumière la prévalence de ces violences au sein des études de médecine. En préambule de l'enquête, truffée de citations souvent extrêmement choquantes, l'ANEMF précise : *“Nous aurions préféré ne jamais avoir à publier cette enquête. Nous aurions préféré ne jamais avoir à lire les centaines de commentaires et témoignages accablants reçus. Nous aurions préféré ne jamais ressentir cette colère et cette honte à l'égard du milieu dans lequel, nous, étudiants en médecine, évoluons au cours de nos études. Le sexisme ordinaire, une main sur la cuisse, le harcèlement sexuel ou, pire encore, l'agression sexuelle ou le viol, ne sont qu'un panel réduit des problématiques rencontrées aujourd'hui par les étudiants en médecine. Le terme “violences” n'est pas anodin, et ces dernières impactent durablement la santé mentale des étudiants⁸⁴”.*

L'enquête, réalisée en 2020 auprès de 4 500 étudiantes et étudiants, indique notamment que :

- **Dans le milieu hospitalier :**

12,1 % des hommes et 49,7 % des femmes ont subi au moins une fois au cours de

leur parcours hospitalier **des remarques sexistes, soit 4 fois plus de femmes que d'hommes**. En matière de harcèlement au cours de leur formation hospitalière **ici encore 4 fois plus de femmes** que d'hommes sont concernées.

Les harceleurs sont majoritairement issus de quatre catégories : les médecins du service, les internes, le personnel paramédical et les chefs de service. Près de 90 % des actes de harcèlements subis ont été perpétrés par un supérieur hiérarchique (89,8% des cas chez les femmes, 70,6 % des cas chez les hommes). 10 % des étudiants ont subi **un harcèlement sexuel** constitué de remarques sur leur vie sexuelle à l'hôpital, avec **deux fois plus de victimes femmes** que de victimes hommes (12 % pour 6 %).

38 % des étudiantes et étudiants ne signalent pas ces événements car ils et elles considèrent que cela ne sert à rien. Un quart des répondantes et répondants n'avaient pas envie de signaler les faits, ne savaient pas à qui s'adresser ou craignaient les retombées négatives que cela pourrait avoir, tant sur leur avenir universitaire que sur la validation de leur stage, sur les conséquences pour leur future carrière professionnelle. Pour 40 % des hommes, la situation ne les a pas dérangés, soit 2 fois plus que pour les femmes.

La question du sentiment d'utilité du signalement a été posée à tous les étudiantes et étudiants ayant déclaré avoir signalé une VSS. **Plus de la moitié pense que signaler le harcèlement ou l'agression n'est pas utile**. 45 % des étudiantes et étudiants estiment que, malgré une dénonciation, la personne mise en faute n'aurait pas changé son comportement. Environ **37 % des**

84 Association Nationale des Etudiants en Médecine de France, Enquête 2021 sur les VSS en étude de médecine.

étudiantes et étudiants pensent que leurs démarches ne seront pas soutenues par la communauté universitaire à cause de la banalisation de l'événement, de la réduction au silence des victimes ou de la défense de l'agresseur. **Un quart des étudiants et étudiantes finissent par se mettre eux-mêmes à l'écart de l'auteur des faits et plus de 6 % ont été menacés après leur signalement.**

• **Lors des études de médecine :**

Les étudiants et étudiantes ont été questionnées sur la thématique des remarques sexistes au sein du milieu universitaire, c'est-à-dire dans le cadre des études ou de la vie étudiante en Faculté de Médecine.

Les femmes reçoivent 3 fois plus de remarques sexistes que les hommes dans leur vie universitaire, que ce soit de la part d'enseignants ou d'étudiants. 32 % des étudiantes et étudiants en médecine ont été victimes de **harcèlement** au sein du milieu universitaire.

Face au harcèlement sexuel pendant leur stage ou ultérieurement, 11,4 % des étudiantes et étudiants **ont signalé ce harcèlement à une personne tierce, dont 94 % étaient des femmes**. Ici encore, les personnes interrogées pensaient que le signalement ne servirait à rien, 14 % craignaient des représailles.

En cas de harcèlement, voire d'agressions sexuelles, 32 % des personnes en ayant connaissance réagissent mais 35,4 % non.

24 % des victimes ont eu la sensation que ces agissements

ont eu des conséquences sur leur avenir (répercussions sur la vie personnelle (78,4 %), impact sur la vie professionnelle (35 %). **16 % des personnes interrogées arrêtent les cours.**

Pour contribuer à la diminution des risques ou à l'amélioration des prises en charge et des signalements, se pose la question de **la sensibilisation des étudiants en médecine aux violences sexistes et sexuelles et à la santé sexuelle**. 23,6 % des étudiantes et étudiants n'ont jamais été sensibilisés à ces thématiques. Plus de la moitié de celles et ceux qui ont reçu une formation témoignent d'un sujet traité de manière superficielle, de la persistance de tabous et d'informations qui ne génèrent pas d'évolution dans l'apprentissage. Elles et ils sont demandeurs de formation sur les VSS.

Ces constats rendent d'autant plus indispensable une bonne appropriation du sujet du genre et du sexisme par les professionnelles et professionnels de santé. **La moitié des personnes interrogées souligne l'importance de l'éducation à la vie affective, relationnelle et sexuelle à l'école⁸⁵.**

Suite aux résultats de cette enquête, l'association nationale des étudiants en médecine a émis un certain nombre de recommandations et d'engagements dont celui de **mener des campagnes d'informations sur les VSS**, de créer un guide, **de conduire des formations** en la matière (y compris dans les modules de formations pédagogiques à

85 Sur ce sujet, voir les travaux du CESE « Eduquer à la vie affective, relationnelle et sexuelle » rapportés par Cécile Gondard-Lalanne et Evanne Jeanne-Rose, septembre 2024.

l'attention des encadrants hospitaliers, des maîtres de stage et des postes les plus élevés avant nomination ainsi que pour l'ensemble des personnels administratifs des hôpitaux) et **de faciliter les procédures de signalements** tout en informant l'ensemble des étudiants et étudiantes lorsqu'un signalement est effectué. Elle demande que **des sanctions financières puissent être prises envers les établissements n'ayant pas donné suite aux signalements** ou ayant laissé une situation perdurer.

- **Lors du doctorat :**

L'Observatoire des Violences Sexistes et Sexuelles dans l'Enseignement Supérieur, créé en 2019 par une association féministe, a publié en 2024 une enquête intitulée : « Pressions, silence et résistances : étude sur les violences sexistes et sexuelles et les discriminations en milieu doctoral en France ». L'enquête s'appuie sur les témoignages de près de 2 100 doctorantes et doctorants. Si elle vise l'ensemble de l'enseignement supérieur et pas seulement les études de médecine, ces résultats ont été cités par Muriel Salle dans son audition comme présentant un intérêt car s'appliquant aussi au milieu médical et à la recherche. Les résultats démontrent **la récurrence, l'omniprésence et la gravité de ces violences dans le cadre du doctorat**. L'enquête dénonce « **des violences systémiques, profondément enracinées dans des structures de pouvoir oppressives** »⁸⁶.

Plus de la moitié des personnes interrogées estiment que le **doctorat est une période particulièrement propice aux violences sexistes et sexuelles**, un constat plus fréquent chez les femmes

(56,2 %) et les personnes non-binaires (70,3 %) que de la part des hommes (42,7 %).

Les laboratoires, principaux lieux de travail, concentrent une grande partie des violences. De plus, **les femmes s'y voient également assigner des tâches genrées (ménage, organisation d'événements) renforçant leur charge mentale et freinant leur progression académique**.

Le terrain peut lui aussi être un lieu propice aux violences.

Les congrès et colloques, bien qu'essentiels au parcours académique, sont aussi des espaces à haut risque. Parmi les personnes interrogées ayant participé à ce type d'événement, 7,1 % des femmes et 8,9 % des personnes non-binaires déclarent y avoir subi des atteintes ou agressions de nature sexuelle. Les dynamiques de pouvoir, souvent exacerbées par un manque d'encadrement organisationnel, facilitent ce climat violent. Les hommes sont identifiés comme auteurs des violences à plus de 86 % pour les faits psychologiquement violents et à plus de 90 % pour les agressions sexuelles. **Les personnes en cause jouissent le plus souvent d'une position d'autorité sur les victimes** et dans la très grande majorité des cas, sont **titulaires ou émérites d'un établissement d'enseignement supérieur ou de recherche**.

Les violences sexistes et sexuelles s'entremêlent souvent avec d'autres discriminations : ainsi, 20 % des répondantes rapportent **des comportements racistes**, souvent dirigés contre des scientifiques perçus comme non-blancs, amplifiés par un **manque de soutien et un silence institutionnel**. Ces discriminations, cumulées aux violences

⁸⁶ Observatoire des Violences Sexistes et Sexuelles dans l'Enseignement Supérieur, « Pressions, silence et résistances : étude sur les violences sexistes et sexuelles et les discriminations en milieu doctoral en France », 16 septembre 2024.

sexistes, marquent profondément les parcours académiques et professionnels des doctorantes et doctorants, en particulier des femmes et des minorités. Par ailleurs, **la maternité représente un obstacle plus important au doctorat que la paternité**. Parmi les personnes interrogées, **80,4 % estiment qu'il est difficile d'être mère lors de son doctorat, contre 49,2 % pour les pères**.

La parole semble toutefois peu à peu trouver un certain écho, voire une certaine crédibilité, du moins médiatiquement. De nombreux reportages⁸⁷ ont été produits ces deux dernières années sur les violences sexistes et sexuelles auprès d'étudiantes, y compris d'étudiantes en médecine. Des témoignages font état **de chefs de services et directeurs de thèse à éviter et de nombreux abandons d'études de la part de jeunes femmes harcelées**. La réintégration en oncologie au CHU de Limoges d'un étudiant condamné en mars 2024 à cinq ans de prison avec sursis pour plusieurs agressions sexuelles commises à Tours entre 2017 et 2020, a fait l'objet d'une vive polémique relayée par des étudiantes en médecine qui dénonçaient déjà « l'omerta » de la faculté. Après Tours, puis Limoges, c'est maintenant à Toulouse que l'auteur des agressions semble poursuivre ses études, la faculté affirmant qu'elle

serait « vigilante dans le déroulement des stages de cet interne⁸⁸ ». Une étudiante de Toulouse souligne⁸⁹ : « *Il va pouvoir examiner des patientes, il va pouvoir toucher des corps, avoir accès à des informations... Cela ne me paraît pas possible. Un médecin, c'est quelqu'un en qui on doit avoir confiance !* »

Ces enquêtes, études et la littérature scientifique sur les VSS montrent que le monde de la santé n'échappe pas à ces phénomènes, bien au contraire. **Malgré** certaines initiatives à saluer comme le lancement en 2024 par l'ordre des médecins, dans la foulée de la sortie du livre de Karine Lacombe, du **#MeToo à l'hôpital, on ne peut que déplorer le caractère systémique des violences et ce dans toute la société**. Depuis, la moitié des infirmières a déclaré avoir été victime de VSS⁹⁰. Dans ces secteurs tournés vers le soin, ces violences sont d'autant plus insupportables.

87 Lysa Heurtier Manzanares réalisatrice du documentaire, « **Briser le silence des amphis** ».

88 La nouvelle République, « Tours : l'étudiant en médecine condamné pour agressions sexuelles a intégré le CHU de Toulouse » article publié le 10 octobre 2024.

89 Karine Pellat, France Info, « Les syndicats du CHU envisagent de déclencher une procédure pour « danger grave et imminent » à l'arrivée d'un interne condamné pour agressions sexuelles », 10 octobre 2024.

90 Sud-Ouest -AFP, « #MeToo hôpital, la moitié des infirmières déclarent avoir été victimes de violences sexistes et sexuelles », décembre 2024.

C. Le sexisme, les stéréotypes et l'hétéronormativité impactent les pratiques médicales

1. Les violences gynécologiques et obstétricales

Dans une Résolution de 2019, le Conseil de l'Europe⁹¹ indiquait : « Les violences obstétricales et gynécologiques sont une forme de violence restée longtemps cachée et encore trop souvent ignorée. Dans l'intimité d'une consultation médicale ou d'un accouchement, des femmes sont victimes de pratiques violentes ou pouvant être perçues comme telles. Il s'agit d'actes non appropriés ou non consentis, tels que des épisiotomies et des touchers vaginaux pratiqués sans consentement, l'utilisation de l'expression abdominale ou la non-utilisation de l'anesthésie pour des interventions douloureuses. Des comportements sexistes ont aussi été recensés lors de consultations médicales ».

En France, c'est en 2018 que le Haut conseil à l'égalité a produit un rapport⁹² sur les violences gynécologiques et obstétricales, classées comme des actes sexistes parmi les plus graves : « Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical sont des gestes, propos, pratiques et comportements exercés ou omis par un.e ou plusieurs membres du personnel soignant sur une patiente au cours du suivi gynécologique et obstétrical et qui s'inscrivent dans l'histoire de la médecine gynécologique et obstétricale, traversée par la volonté de contrôler le corps

des femmes (sexualité et capacité à enfanter). Ils sont le fait de soignant.e.s — de toutes spécialités — femmes et hommes, qui n'ont pas forcément l'intention d'être maltraitant.e.s. Ils peuvent prendre des formes très diverses, des plus anodines en apparence aux plus graves ».

Le rapport soulignait que toutes les femmes peuvent être confrontées à des violences gynécologiques et obstétricales. Toutefois des caractéristiques sociales exposent particulièrement certaines femmes, telles que l'âge, la classe sociale, l'origine ethnique, socioculturelle, l'orientation sexuelle, le handicap, la présence de certaines pathologies (VIH/sida), le statut marital, la prostitution, le statut migratoire etc.

La publication de ce rapport a dans un premier temps suscité une réaction assez vive du Conseil national des gynécologues obstétriciens de France (CNOGF), qui avait institué dès 2017 une « commission de la promotion de la bienveillance en maternité ». Celle-ci a reconnu que 20 % des femmes avaient été confrontées à ce type de violences⁹³.

Amina Yamgnane, ancienne présidente de la commission, souligne « **une forme de paternalisme qui prévaut encore beaucoup dans les soins et la formation** ». Elle précise que « Les violences gynécologiques et obstétricales ne se résument pas à la prédation sexuelle de quelques rares

⁹¹ Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe - Résolution 2306 (2019) - Violences obstétricales et gynécologiques

⁹² Actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical : reconnaître et mettre fin à des violences longtemps ignorées – Rapport du Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes rapporté par Geneviève Couraud et Margaux Colet, 29 juin 2018.

⁹³ Mme Véronique Guillotin, rapporteure, Rapport de la mission d'information, « Santé périnatale et son organisation », Sénat, septembre 2024.

professionnels délinquants de la profession. Il s'agit de négligences dans les soins, de chantages, d'insultes, de menaces et le cas échéant, d'attaques physiques et pourquoi pas sexuelles⁹⁴». En 2021, des plaintes ont été déposées contre un gynécologue de l'hôpital Tenon accusé de violences gynécologiques, ouvrant la voix, pour certaines femmes, à un #Metoo de la gynécologie.

Entendue par la Délégation aux droits des femmes et à l'égalité du CESE⁹⁵, Sonia Bisch, présidente de l'association « Stop aux violences gynécologiques et obstétricales » (Stop VOG) dénonce la non-application des recommandations issues du rapport du Haut conseil à l'égalité femmes-hommes depuis 2018⁹⁶. Selon elle, l'une des solutions est d'intégrer ces violences au sein de la Convention d'Istanbul⁹⁷ afin de les faire apparaître comme violences faites aux femmes à part entière, les nommer permettant de rendre visibles les problématiques et les solutions possibles.

Concernant **la période de la grossesse**, selon une enquête du Collectif Inter associatif Autour de

la Naissance (CIAN) et de Santé Publique France, datée de 2022⁹⁸, ce sont près de **40 % des femmes** qui ont déclaré avoir subi, entre autres, **des commentaires désobligeants, un manque de délicatesse dans les gestes médicaux, une non-prise en charge de la douleur, un non-respect du consentement.**

Le manque de communication et d'information est également souligné, les personnels soignants ayant davantage été formés au traitement des pathologies qu'à la relation personnelle avec la parturiente, à son écoute et à l'attention portée à son état émotionnel.

Les violences obstétricales peuvent être analysées sous l'angle de la race⁹⁹. En effet, des interventions non médicalement nécessaires sont parfois réalisées sur le corps de certaines femmes, ce qui constitue des violences obstétricales. Les chercheuses Mounia El Kotni et Chiara Quagliariello ont croisé leurs données avec celles d'autres chercheuses et **montrent « à quel point les femmes non blanches et les femmes pauvres sont les populations les plus exposées à ces interventions injustifiées (...)**

94 France Info, Violences gynécologiques : « Les femmes ont raison, nous pouvons pratiquer avec plus de délicatesse », 26 mars 2024.

95 Entretien de la DDFE du CESE avec Mme Sonia Bisch, le 6 juin 2025, également autrice d'une pétition ayant recueilli plus de 175 000 signatures : Pétition · Ensemble, contre les violences obstétricales et gynécologiques ! - France · Change.org

96 Evoqué plus haut : Actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical : reconnaître et mettre fin à des violences longtemps ignorées – Rapport du Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes rapporté par Geneviève Couraud et Margaux Colet, 29 juin 2018.

97 Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique.

98 France Info, Violences gynécologiques : « Les femmes ont raison, nous pouvons pratiquer avec plus de délicatesse », 26 mars 2024

99 Le terme est ici entendu non comme une affirmation de l'existence de races biologiques dont certaines seraient supérieures à d'autres, conduisant au racisme, mais au contraire, comme l'a théorisé la sociologue Colette Guillaumin, pour étudier le racisme comme une construction sociale, une personne « racisée » étant susceptible d'être assignée à un groupe minoritaire et d'être victime de discriminations.

En Italie comme en France, la disparité raciale se lit dans les taux d'accouchement par césarienne, plus élevés parmi les femmes migrantes originaires d'Afrique subsaharienne que parmi d'autres populations de patientes¹⁰⁰ ».

Selon les chercheuses, l'exposition des femmes noires et indigènes à des actes médicaux mérite une réflexion **« leur appartenance de classe, parfois leur moindre maîtrise de la langue dominante, et pour certaines leur statut migratoire, les rendent moins à même de se défendre en cas d'abus, creusant ainsi l'inégalité de pouvoir entre ces patientes et le personnel médical¹⁰¹ ».**

Pour lutter contre les violences gynécologiques et obstétricales **le CESE rappelle la nécessité de mettre en œuvre les recommandations édictées par le Haut conseil à l'égalité dans son rapport de 2018 sur les violences gynécologiques et obstétricales¹⁰²** qui restent toutes d'actualité.

2. Les violences médicales

Les conditions de travail dégradées de ces soignantes et soignants, souvent en sous-effectif, sont aussi qualifiées par les intéressées elles-mêmes comme des violences médicales. A cet égard des professionnelles comme certaines sages-femmes¹⁰³ reconnaissent la possibilité d'être maltraitantes au vu du faible temps qu'elles peuvent consacrer à chacune des

femmes qu'elles suivent.

Selon l'Observatoire féministe des violences médicales, **les violences médicales désignent aussi les pratiques et comportements discriminatoires ou abusifs dans le cadre des soins de santé.**

Elles peuvent être racistes, sexistes, validistes, grossophobes, islamophobes, LGBTQIphobes, ou encore liées à d'autres formes de discriminations. Elles peuvent être directes, indirectes comme le dénigrement, la hiérarchisation et le mépris des patientes mais aussi le jugement sur leurs choix de vie, leur vie sexuelle, leur corps etc. Pour les patientes allophones, le manque d'interprète ou, pour les personnes porteuses de handicap, le manque d'accessibilité constituent des violences médicales. L'Observatoire et l'écosystème de chercheuses et de médecins avec lequel il travaille revendiquent le terme de violences médicales car **« il permet de mieux refléter la dimension systémique et structurelle des problèmes rencontrés dans le système de santé¹⁰⁴ ».**

La Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme (CNCDH) évoque diverses formes de maltraitance susceptibles d'apparaître à différents moments du parcours de soins, quels que soient les modes d'exercice. En médecine libérale, ces maltraitances peuvent notamment se caractériser, dans certaines situations, par :

→ Un refus de soins sans réorientation

100 Mounia El Kotni et Chiara Quagliariello, « L'injustice obstétricale Une approche intersectionnelle des violences obstétricales », Cahiers du Genre, 71(2), 107-128, 2022.

101 Ibid.

102 Dont les 3 axes principaux sont : la reconnaissance de l'existence et de l'ampleur de ces violences, notamment par la réalisation d'une enquête de santé publique de grande envergure sur le suivi gynécologique des femmes et la mesure de la satisfaction des femmes, notamment après une maternité ; la prévention de ces violences et actes sexistes par des formations initiales et professionnelles des personnels de santé ; l'amélioration et la facilitation des procédures de signalement et de condamnation des pratiques interdites par la loi.

103 Une campagne #JeSuisMaltraitante a été initiée par la sage-femme Anna Roy.

104 Site internet de l'ObsMed [consulté le 29 avril 2025] État des lieux — L'Observatoire Féministe des Violences Médicales.

vers d'autres spécialistes ;

- Des discours maladroits, stigmatisants ou moralisateurs liés à des préjugés ;
- Une absence de consentement du ou de la patiente, notamment en raison de l'insuffisance d'explication préalable ou de recueil formel du consentement.

Cependant, il convient d'éviter toute généralisation concernant la médecine libérale, où nombre de professionnels de santé exercent dans des conditions de surcharge forte, en particulier dans les déserts médicaux.

Dans son rapport « Agir contre les maltraitements dans le système de santé¹⁰⁵ », la CNCDH indique, concernant les violences médicales : « Parfois il s'agit de pressions abusives à suivre certaines procédures pour bénéficier de soins. Ainsi, on demande aux **personnes perçues comme étant en surpoids** de perdre du poids avant certains soins, ou pour l'accès à la Procréation Médicalement Assistée alors même qu'il n'y a pas toujours de nécessité thérapeutique, et que cela peut leur être impossible. Dans le cas des **personnes trans**, on leur impose parfois de prendre part à des recherches et de passer des tests psychologiques, sans leur en donner le résultat, si elles veulent être suivies à l'hôpital public pour leur transition. Certains soignants suggèrent – voire obligent – ou dissuadent leurs patients de suivre des soins particuliers.

L'APF (Association des paralysés de France) explique ainsi que des soignants découragent des **femmes en situation de handicap** qui souhaitent avoir un enfant en leur affirmant qu'elles seront victimes de fausses couches, d'infections urinaires à répétition ou qu'un recours à des césariennes sera nécessaire alors qu'aucune documentation sérieuse ne peut étayer ce propos. Des femmes en surpoids reçoivent également ce type de conseils et sont parfois même incitées à avorter. A l'inverse, elles subissent fréquemment une forte incitation à la chirurgie bariatrique, qui ne s'accompagne que rarement d'un suivi médical et psychologique ».

« Malgré le grand nombre de personnes susceptibles de subir ces entraves à l'accès aux soins, **la CNCDH regrette que la maltraitance soit généralement perçue et étudiée comme un phénomène de niche, isolé, ponctuel, et non comme le produit d'un dysfonctionnement global du système de santé.** Pourtant on retrouve de nombreuses causes identiques à l'origine de ces dysfonctionnements : poids des préjugés et stéréotypes, manque de temps, manque de formation, manque de communication avec le patient... ».

S'il est impossible de recenser toutes les violences médicales et si celles-ci sont susceptibles d'être subies par tout individu ayant affaire au corps médical, certaines personnes sont plus susceptibles

¹⁰⁵ Commission nationale consultative des droits de l'homme (CNCDH), « Agir contre les maltraitements dans le système de santé : une nécessité pour respecter les droits fondamentaux », 22 mai 2018.

d'en subir que d'autres.

LES VIOLENCES MÉDICALES ENVERS LES PERSONNES NON BLANCHES

Ces violences trouvent leur fondement dans un environnement marqué par de nombreuses discriminations et biais, notamment racistes et sexistes, tel que le **syndrome méditerranéen**.

Selon la définition de l'Observatoire féministe des violences médicales, « le syndrome méditerranéen est un **diagnostic biaisé** encore enseigné dans certaines facultés de médecine en France et évoqué dans les pratiques hospitalières. Dépourvu de fondement scientifique, **il repose sur le préjugé** que les patient·e·s d'origine méditerranéenne, maghrébine, afro-descendante ou provenant des pays de l'Est **exagéreraient l'expression de leur douleur ou de leurs symptômes**. En pratique, cela conduit les professionnel·le·s de santé à minimiser la douleur de ces patient·e·s ou à ne pas les prendre au sérieux, ce qui **peut entraîner des négligences et des maltraitements**, telles qu'un retard de diagnostic et une prise en charge inadéquate. »

Le décès de Naomi Musenga en est une illustration. En décembre 2017, cette mère de 22 ans appelle le Samu pour de violentes douleurs au ventre. L'assistante de régulation médicale ne la prend pas au sérieux, plaisante avec une collègue pour finalement lui conseiller d'appeler SOS médecin. Naomi Musenga lui dit qu'elle a l'impression qu'elle va mourir, ce à quoi l'opératrice répond que tout le monde finira par mourir un

jour. Elle ne transmet pas l'appel au médecin régulateur. Naomi décèdera quelques heures plus tard dans un service de réanimation à la suite du retard de prise en charge. Suite au rendu public de l'enregistrement, le chef du Samu présenta sa démission et en juillet 2024, l'opératrice est condamnée à douze mois de prison avec sursis.

« La remise en cause de cette douleur en dit plus sur le rapport que le soignant entretient avec le patient, sur le regard qu'il pose sur lui, que sur la douleur réelle de ce dernier. (...) En vérité, le regard que la médecine pose sur certains corps est le produit de l'histoire sociale et politique de ces corps » affirme l'auteur et étudiant en médecine Miguel Shema¹⁰⁶. Ce dernier ne minimise pas pour autant l'influence des conditions dans lesquelles les soignants et soignantes travaillent comme l'une des causes de disqualification de la douleur.

Une étude¹⁰⁷ a été menée en 2024, entre autres, par Xavier Bobbia, chef des urgences au CHU de Montpellier et professeur de médecine d'urgence, en collaboration avec la Société Française de Médecine d'Urgence auprès de 1 563 soignantes et soignants français, suisses, belges et monégasques. Ont été testés des médecins urgentistes, des internes en médecine d'urgence et des infirmières et infirmiers en médecine d'urgence. L'étude met en exergue les différences de traitement entre personnes blanches et personnes noires et entre les femmes et les hommes. Les femmes et les patients noirs sont moins susceptibles d'être pris en charge pour « urgence vitale » que les hommes blancs. L'étude a examiné la

106 Miguel Shema, « La santé est politique : la médecine soigne-t-elle vraiment tout le monde », Editions Belgond, 2025, p. 213.

107 Fabien Coisy, Guillaume Olivier, François-Xavier Ageron, Hugo Guillermou, Mélanie Roussel, Frédéric Balen, Laura Grau-Mercier, Xavier Bobbia, "Do emergency medicine health care workers rate triage level of chest pain differently based upon appearance in simulated patients?", European Journal of Emergency Medicine, Juin 2024.

manière dont s'opère, à leur arrivée aux urgences, le tri des malades en fonction de la gravité de leurs symptômes par les médecins et infirmiers urgentistes. A symptômes identiques :

- 62 % des hommes ont été jugés en urgence vitale contre 49 % des femmes ;
- En croisant les données, 63 % des hommes blancs ont été placés en urgence vitale pour seulement 42 % des femmes noires.

Selon l'étude un homme blanc aurait donc 50 % de chance supplémentaire qu'une femme noire d'être considéré comme une urgence vitale quand il consulte dans un service d'urgence pour une douleur thoracique.

Selon Johanna Soraya Benamrouche, co-fondatrice de l'Observatoire féministe des Violences Médicales, entendue en audition¹⁰⁸ « Cette étude révèle la **prédominance de « misogynoir » comme marqueur fort du racisme médical**. Ce concept délimite une forme de misogynie qui vise spécifiquement les femmes noires en associant des croyances héritées de l'imaginaire colonial esclavagiste aux injonctions contradictoires que subissent toutes les femmes. Il a été théorisé en 2010 par la féministe noire américaine Moya Bailey. En matière

de périnatalité, il a des incidences sur la prévention et le dépistage de la stérilité des femmes noires, jugées historiquement comme plus fertiles et prédisposées à un accouchement dit "naturel", alors qu'elles sont les plus sujettes à des interventions chirurgicales pendant leur accouchement ».

En 2025, pour la première fois, la Défenseure des droits a mis en évidence l'existence de pratiques discriminatoires lors de la prise en charge médicale dans un centre hospitalier¹⁰⁹. L'expression « Syndrome méditerranéen » figurait dans le dossier médical d'une patiente. La Société française d'étude et de traitement de la douleur a confirmé que son emploi était « stigmatisant et entraînait des conséquences délétères sur la prise en charge médicale des patients concernés.¹¹⁰ » A la suite d'un appel à témoignage lancé en novembre 2024, la Défenseure des droits a rendu une décision-cadre sur les discriminations dans l'accès aux soins¹¹¹. Elle tire plusieurs constats au sujet du « syndrome méditerranéen » :

- « **Les biais racistes** tels que le « syndrome méditerranéen », (...) **sont susceptibles de dégrader la prise en charge des patients qui en font l'objet.**
- Le fait de **traiter différemment**

¹⁰⁸ Audition de Johanna-Soraya Benamrouche, cofondatrice de l'Observatoire Féministe des Violences Médicales, par la délégation aux droits des femmes et à l'égalité du CESE le 25 mars 2025.

¹⁰⁹ Contribution du Défenseur des droits au Rapport 2024 de la Commission nationale consultative des droits de l'homme (CNCDH), « Lutte contre le racisme, l'antisémitisme et la xénophobie », mars 2025.

¹¹⁰ Ibid.

¹¹¹ Défenseur des droits, Rapport - Prévenir les discriminations dans les parcours de soins : un enjeu d'égalité, mai 2025.

les femmes se présentant aux urgences, en **disqualifiant leur parole ou en minimisant leur souffrance, est susceptible de constituer en droit une discrimination** »

Le **processus de catégorisation lié à l'origine et à la vulnérabilité économique** mobilisé par certains soignants exerçant dans les services d'urgence pour appréhender les patients Roms est également susceptible de conduire à « **la disqualification de leur demande de soins et [à un] traitement différentiel** ».

Sur les discriminations lors de la prise en charge médicale, le rapport reconnaît que, « *au-delà de politiques et pratiques légitimes ciblées, des préjugés racistes, qui ont modelé en partie la médecine du XIXe siècle et qui sont désormais scientifiquement invalidés, continuent cependant d'influencer les soins et les pratiques des professionnels de santé* ».

LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES GAYS ET LESBIENNES

Un rapport du Conseil de l'Europe¹¹² révèle d'importantes inégalités de santé entre les personnes LGBTQIA+¹¹³ et la population générale, notamment des taux accrus de problèmes de santé mentale, principalement dus à une discrimination et à une marginalisation généralisée. L'enquête menée en 2020 par l'Agence des droits fondamentaux de l'Union européenne révèle que 16 % des personnes LGBTQIA+ sont victimes de discrimination en recevant les soins de santé. Parmi les répondants et répondantes transgenres, cet indicateur s'élève à 34 %. 46 % de

personnes LGBTQIA+ n'ont pas révélé leur orientation sexuelle ou leur identité de genre aux prestataires de soins de santé par crainte de discriminations et de préjugés.

En matière de santé sexuelle et notamment de prévention et d'accompagnement, la Défenseure des droits note, dans son rapport de mai 2025¹¹⁴, que « **malgré des progrès notables en la matière, les patients et patientes LGBTI se retrouvent fréquemment confrontés à une moindre qualité de leur prise en charge, résultant d'une présomption d'hétérosexualité ainsi que d'une méconnaissance des besoins spécifiques.** » De même, les personnes LGBT témoignent du « *manque de connaissance des professionnels de santé quant aux examens de prévention à réaliser, aux méthodes de réalisation de ces examens – notamment interne ou externe –, aux risques d'infections sexuellement transmissibles, aux douleurs lors des relations, aux précautions à prendre lors de la prise d'un traitement, etc.* ». En effet, parmi les femmes ayant des rapports sexuels avec d'autres femmes, la perception d'une absence de risques liés à la sexualité, mais aussi la présomption d'hétérosexualité par les professionnels et professionnelles de santé ou la crainte (vécue ou anticipée) d'être mal jugée sont décrites comme des facteurs influençant négativement le recours aux soins (suivi gynécologique, dépistages etc.)¹¹⁵.

Les personnes gays et lesbiennes font souvent l'objet de violation de leur droit

112 Conseil de l'Europe, « Personne LGBTQIA+ en Europe : droit au meilleur état de santé possible et à l'accès aux soins » 7 octobre 2024.

113 Lesbienne, Gay, Bi, Trans, Queer, Intersexe, Asexuel et tous les autres.

114 Défenseur des droits, Rapport - Prévenir les discriminations dans les parcours de soins : un enjeu d'égalité, mai 2025.

115 Guide pour une santé inclusive du Crips à destination des professionnels et professionnelles de santé, 2021.

à la vie privée dans leurs soins. Le rapport note par exemple que l'état de santé des personnes vivant avec le VIH est régulièrement dévoilé à des personnes tierces en violation du secret médical (*« ouverture du dossier médical par les agents d'accueil, interrogation sur l'état de santé du patient en salle d'accueil et d'attente de laboratoires d'analyses au vu et au su de toutes les personnes présentes, inscription sur la couverture du dossier médical, visible de tous, d'une mention « VIH » ou « SIDA » en grands caractères, information d'autres membres du personnel soignant ou administratif qui n'interviennent pas dans la prise en charge, divulgation orale du statut sérologique en dehors du cadre d'une consultation, etc. »*)¹¹⁶.

Le manque de données inclusives sur les besoins de santé des personnes LGBTIQIA+ entrave l'élaboration de politiques efficaces.

Ce problème a été identifié dans la contribution de la DDFE « Impact de l'IA sur les femmes et l'égalité », annexée à l'avis du CESE « Pour une IA au service de l'intérêt général » du 14 janvier 2025¹¹⁷. De nombreuses enquêtes sur la santé n'incluent pas les données sur l'orientation sexuelle (ni sur l'identité de genre), ce qui rend les problèmes de santé spécifiques rencontrés par les personnes LGBTIQIA+ moins visibles.

La santé des personnes gays et lesbiennes demeure aujourd'hui encore très largement appréhendée et structurée comme un enjeu

de santé sexuelle en lien avec les infections sexuellement transmissibles, notamment dans la communauté gay, laissant au second plan d'autres enjeux comme les réalités vécues par les personnes bisexuelles, lesbiennes, intersexuées dans le monde médical. L'enseignement des enjeux de santé LGBTQIA+ reste au mieux anecdotique dans les formations médicales et paramédicales, voire simplement inexistant. Ces constats sont également valables pour les professionnelles et professionnels de la santé publique et de l'action sociale.

*« Les problèmes de santé des personnes LGBT ne se résument pas à des difficultés ponctuelles de discriminations ou de coming out. Elles mettent en jeu des formes d'injustices structurelles et multidimensionnelles. Loin de constituer un groupe homogène, les communautés LGBT sont également traversées de rapports sociaux inégalitaires, liés à la précarité sociale, au racisme ou au sexisme. Dans ce cadre, le cumul des inégalités constitue le terreau du cumul des vulnérabilités de santé »*¹¹⁸.

LA MÉCONNAISSANCE DES BESOINS MÉDICAUX DES PERSONNES TRANS

Comme le soulignait Johanna Soraya Benamrouche lors de son audition devant la délégation : *« Les ressources et les formations sur l'accueil des personnes queers*

¹¹⁶ Ibid.

¹¹⁷ Rapporté par Marianne Tordeux Bither et Eric Meyer, « Pour une intelligence artificielle au service de l'intérêt général », Conseil économique, social et environnemental, 14 janvier 2025.

¹¹⁸ La santé des personnes LGBT, un révélateur d'inégalités sociales, Huffington post 12 avril 2017.

et Trans en périnatalité manquent cruellement. (...) L'assimilation entre grossesse et féminin et la "présomption d'hétérosexualité" est encore quasi systématique chez les professionnels et professionnelles de santé et n'est pas néfaste qu'aux personnes trans ou aux personnes queers : considérer la grossesse comme l'expérience la plus féminine qui soit, celle qui fait de nous une femme, est réductrice pour toutes les femmes et pour celles et ceux avec qui elles décident de faire famille ¹¹⁹».

Les dernières études montrent que les pratiques médicales, parfois discriminantes et souvent hétéronormées, entravent les personnes Trans dans l'accès aux offres de soins. Le rapport de l'IGAS « relatif à la santé et aux parcours de soins des personnes trans » ¹²⁰ constate que, « *au-delà des seuls parcours de transition, les personnes trans rencontrent des difficultés d'accès aux soins d'autant plus préjudiciables que ces personnes sont surexposées à des situations de grande vulnérabilité sociale et à certains risques sanitaires associés.* » Les études nationales et internationales sur le sujet montrent un non-recours ou un recours tardif aux soins, mêmes primaires, « *du fait d'un accueil souvent inadapté et parfois discriminant (mégenrage¹²¹, questions déplacées, refus de prises en charge)* ». Dans sa thèse portant sur la « santé des personnes transgenres 2021 » ¹²², Margaux

Cosne étudie les comportements de santé des populations Trans. La chercheuse relève que « **plus d'une personne sur deux avait été victime de transphobie dans des lieux de soins et que 45 % des interrogé-e-s évitaient les lieux de soins en raison de la transphobie** ».

Plus encore, les résultats de son étude indiquent que « 3 personnes interrogées sur 4 rapportaient avoir peur de subir de la transphobie en consultation » et que « plus de 2 personnes sur 3 avaient déclaré avoir changé de professionnelle-s de santé à cause de la transphobie ».

Néanmoins, il est intéressant de constater que les personnes Trans résistent et s'organisent de leur côté, comme c'est le cas des autres personnes victimes de violences médicales, ils et elles se réapproprient leur pouvoir d'agir. Des réseaux de santé se créent comme le Réseau Santé Trans¹²³, qui est un réseau de santé qui associe des personnes Trans, des représentantes et représentants d'associations, et des professionnelles et professionnels de santé. De plus, « *les initiatives locales se multiplient (parfois soutenues par des maisons des adolescents ou par des Agences Régionales de Santé) afin de combler la distance entre une offre de soin symboliquement, matériellement et géographiquement éloignée des personnes, et une population désireuse d'accéder à des soins de qualité¹²⁴* ». En cela, les savoirs communautaires ont

119 Audition de Johanna-Soraya Benamrouche, cofondatrice de l'Observatoire Féministe des Violences Médicales, par la délégation aux droits des femmes et à l'égalité du CESE le 25 mars 2025.

120 Dr Hervé Picard Simon Jutant, avec l'appui de Geneviève Gueydan de l'Inspection Générale des Affaires Sociales, « Rapport relatif à la santé et aux parcours de soins des personnes trans », janvier 2022.

121 Mégenrer une personne Trans consiste à utiliser un pronom et des accords qui ne sont pas ceux utilisés par la personne concernée.

122 Margaux Cosne, Santé des personnes transgenres 2021. Étude quantitative explorant la santé, l'accès aux soins et les discriminations vécues par les personnes transgenres en France en 2021, Université de Médecine, Montpellier (sous la dir. de Cyril Perrollaz).

123 Le ReST — Réseau Santé Trans

124 Arnaud Alessandrin, Institut pour la Recherche en Santé Publique, Questions de santé publique, « La santé des personnes trans », décembre 2023.

beaucoup à apporter.

En matière de santé reproductive, la polémique médiatique suscitée, à l'été 2022, par une affiche du Planning familial affirmant que les services de l'association étaient aussi offerts aux hommes Trans enceints a suscité une vague de discours transphobes. Les crispations idéologiques et normatives autour de ces affiches ont contribué à occulter une réalité prosaïque : il s'agissait avant tout d'afficher et de promouvoir la mise en place de services de santé répondant aux besoins de ces personnes.

LES MUTILATIONS DES PERSONNES INTERSEXES

Comme évoqué précédemment, notamment par Patricia Lemarchand lors de son audition, les personnes intersexes représentent 1,7 % des personnes à la naissance. S'en suit ce que Miguel Shema¹²⁵ nomme « *l'arbitraire en contexte médical* » à savoir que, face à une personne intersexe¹²⁶ à la naissance, le corps médical recommande que soit attribué au nourrisson l'un des deux sexes. **Ces enfants subissent nombre de mutilations génitales dans le cadre d'opérations de conformation sexuée.** « *En plus de l'arbitraire de l'assignation du sexe, cet acte s'accompagne d'attentes du monde médical quant*

à l'éducation et au comportement de l'individu intersexe ».

Pour le chercheur, auteur et journaliste Cy Lecerf-Maulpoix « *Le refus politique, dans le cadre de l'article 21 bis du projet de loi bioéthique, d'interdire les mutilations génitales sur les personnes intersexes en juillet 2020 témoignait d'une idéologie du naturel habitée par l'exigence d'une binarité sexuelle et d'une vision dite « correctrice » de ce qui reste toujours appréhendé comme des anomalies. L'association persistante de l'intersexuation à l'anormalité ou à la maladie traduit, de manière plus ou moins pernicieuse, l'éternelle difficulté de nos sociétés à respecter le consentement des concernéEs face à des traitements ou des opérations inutiles*¹²⁷ ». Cette pratique traduit le choix « *d'imposer un ordre basé sur une naturalité binaire et hétéronormée* ».

La loi n° 2021-1017 du 2 août 2021 relative à la bioéthique a permis, dans certains centres de santé et pour certaines formes d'intersexuation, de réduire le nombre d'actes médicaux réalisés sans le consentement de l'enfant intersexe et sans nécessité médicale. Toutefois, la sénatrice Mélanie Vogel, dans une question écrite au gouvernement en 2024¹²⁸, alerte sur le fait que l'arrêté du 15 novembre

¹²⁵ Miguel Shema, « La santé est politique : la médecine soigne-t-elle vraiment tout le monde », Editions Belgond, 2025.

¹²⁶ Pour rappel, l'intersexuation désigne la situation sociale des personnes nées avec des caractéristiques sexuelles primaires et/ou secondaires considérées comme ne correspondant pas aux définitions sociales et médicales typiques du féminin et du masculin (définition du Collectif Intersexes activistes-OII-France).

¹²⁷ Cy Lecerf Maulpoix, « Ecologies déviantes : voyage en terres queer », Editions Cambou, août 2022, p.355.

¹²⁸ Mélanie Vogel, question écrite n°10382 - 16e législature, Protéger les enfants intersexes de mutilations génitales, février 2024.

2022 pris en application de cette loi, fixant les règles de bonnes pratiques de prise en charge des enfants présentant des variations du développement génital, limite fortement les garanties prévues par le législateur.

Aujourd'hui, le Collectif Intersexe Activiste OII France réclame entre autres, « la fin des mutilations, stérilisations, traitements hormonaux non consentis

sur des personnes intersexes quel que soit leur âge, c'est-à-dire le respect de leur intégrité physique. Cela implique le respect des droits des "malades" (puisque c'est ainsi que nous étiquetions les médecins) tels qu'établis dans la loi Kouchner, ainsi que l'abandon du terme "trouble du développement sexuel" qui les légitimise ».

III - Le coût des inégalités de santé

A. Un coût pour la société qui reste à mesurer

Peu de données existent sur le coût pour la société dans son ensemble des inégalités de santé entre les femmes et les hommes. **Les retards de diagnostic et les traitements mal adaptés ont pourtant plusieurs coûts**, économiques (Sécurité sociale et employeurs) et humains, pour les personnes concernées. Les données disponibles ne mettent l'accent que sur la rentabilité économique : on ne connaît ce que rapporterait d'investir dans la résorption des inégalités de santé qu'à partir de données quasi exclusivement américaines.

A titre d'exemple, en janvier 2024, le Forum économique mondial publie une étude co-réalisée avec la société suisse Ferring Pharmaceuticals (qui commercialise notamment des produits en gynécologie) et le McKinsey Health Institute. L'étude montre que, si les femmes vivent plus longtemps que les hommes, leur espérance de vie en bonne santé est moins bonne, en raison d'une attention inégale accordée aux deux sexes par la recherche médicale et les traitements.

Selon les auteurs, « combler cet écart permettrait de stimuler l'économie mondiale de 1 000 milliards de dollars (920 milliards d'euros) par an d'ici 2040 ». En effet, chaque dollar américain investi dans la santé des femmes rapporterait en retour trois dollars de croissance, cela s'expliquant en partie par le retour de femmes malades sur le marché du travail. Par exemple, **remédier aux inégalités liées à l'endométriose et à la ménopause pourrait contribuer à hauteur de 130 milliards de dollars au produit intérieur brut (PIB) mondial d'ici 2040.**

Selon Shyam Bishen, responsable des soins de santé au Forum économique mondial, « en plus d'améliorer la qualité de vie des femmes, garantir aux femmes l'accès aux innovations en matière de soins de santé est l'un des meilleurs investissements que les pays puissent faire pour leurs sociétés et leurs économies », annonçant la création de l'Alliance mondiale pour la santé des femmes, dotée de 55 millions de dollars.

Une mobilisation collective française¹²⁹ complète ce chiffre à l'occasion de la Journée mondiale de la santé 2024 : « *il s'agit bien d'un investissement pour la société et non d'un coût. On estime qu'un investissement de 300 millions de dollars dans la recherche pour la santé des femmes pourrait générer un bénéfice économique de 13 milliards de dollars* ».

Ces professionnelles et professionnels médicaux et paramédicaux poursuivent « *Améliorer la santé des femmes serait bénéfique pour notre système économique, notamment en réduisant les coûts engendrés par l'errance médicale induite par un manque de connaissance sur les pathologies qui touchent les femmes, ou encore en soutenant un monde du travail plus égalitaire*¹³⁰ ». Elles et ils pointent l'importance de la prévention et de la recherche égalitaire en tant qu'enjeux de santé publique permettant d'éviter des décès de femmes notamment pour cause de retard de prise en charge de maladies cardiovasculaires, première cause de mort féminine.

De manière générale et sans prendre en considération spécifiquement les inégalités de santé entre les femmes et les hommes, une étude de 2022 de Deloitte¹³¹ suggère que les inégalités dans le système de

santé américain ont entraîné des coûts pour le système de santé d'environ 320 milliards de dollars. Pour l'Europe, une étude du coût économique des inégalités en matière de santé¹³² suggère que les inégalités en matière de santé entraînent une perte de 1,4 % du PIB pour l'économie par an.

Il serait utile de disposer de données françaises actuellement inexistantes sur le coût financier et humain des inégalités de santé entre les femmes et les hommes.

Concernant la dépression *post-partum* qui fera l'objet d'un développement spécifique dans cet avis, ses répercussions s'étendent bien au-delà de la sphère privée, ayant un impact sur la société dans son ensemble et son économie. Comme l'écrivent les signataires d'une tribune collective en avril 2025¹³³ :

« *Dans d'autres pays, les coûts directs et indirects relatifs à la dépression post-partum ont été objectivés et ils sont édifiants. Au Royaume-Uni, la dépression, l'anxiété et la psychose périnatales représentent une charge annuelle de 8,1 milliards de livres. Plus révélateur encore : le coût total d'une prise en charge déficiente serait cinq fois supérieur à l'investissement nécessaire pour améliorer les services de soins.* ».

129 Collectif, Santé des femmes : l'importance d'un investissement collectif pour une société plus forte, La Tribune avril 2024, consulté le 14 avril 2025.

130 Rapport Santé des femmes au travail : des maux invisibles - délégation aux droits des femmes du Sénat, juin 2023

131 Deloitte, "US health care can't afford health inequities", Economic cost of health disparities | Deloitte Insights, juin 2022 consulté le 14 avril 2025.

132 Journal of Epidemiology & Community Health, 2011, Economic costs of health inequalities in the European Union | Journal of Epidemiology & Community Health consulté le 14 avril 2025.

133 «La dépression *post-partum* est un enjeu sanitaire, social et économique» - Tribune collective - Les Echos, publiée le 3 avril 2025.

B. La justice reproductive : un concept en développement

Les mobilisations de la société civile des années 60 et 70, suivies par l'action des pouvoirs publics, ont permis des changements importants dans la vision de la sexualité, jusque-là intimement liée à la reproduction. Pour ne citer qu'eux, deux événements majeurs pour la société française ont permis de faire de la maternité un projet davantage choisi, faisant également évoluer la place des femmes dans la société. C'est le cas de la vente et l'usage des méthodes de contraception autorisés par la loi Neuwirth en 1967, suivie en 1975 par la loi Veil légalisant l'interruption volontaire de grossesse. Ces progrès ont été rendus possibles grâce à la mobilisation de mouvements féministes divers parmi lesquels celui du Mouvement français pour le Planning familial, ainsi que l'engagement de femmes comme Gisèle Halimi¹³⁴, mise en lumière par le procès de Bobigny.

Cependant, force est de constater aujourd'hui que les femmes sont encore souvent renvoyées à leurs prétendues « fonctions reproductives naturelles ». La société tout entière aurait un droit de regard sur leurs choix intimes et personnels : vouloir et avoir des enfants, le nombre adéquat, etc.

Les discours récents, comme ceux du passé, entendent faire des femmes les fers de lance de la sauvegarde de la société et du système social. Les solutions prônées pour remédier au constat de la

baisse de la natalité en sont un exemple. Ainsi le Président de la République a annoncé lors d'une conférence de presse le 16 janvier 2024 des mesures pour relancer la natalité française. Un plan de lutte contre l'infertilité fait partie des mesures en faveur du « réarmement démographique ». Ce terme utilisé par le chef de l'État a été largement commenté, ajoutant à la politique nataliste une dimension martiale. Pourtant, avoir un ou des enfants n'est pas anodin dans la vie et, plus particulièrement encore, dans la vie d'une femme. Cet avis entend rappeler ce qu'ils et plus spécifiquement elles traversent durant cette période, et les besoins réels qui sont les leurs pour élever un ou des enfants dans un contexte serein. Comme le dit Clémentine Sarlat¹³⁵, « *On fait moins d'enfant parce qu'on assume ne pas en vouloir d'une part, et on connaît le coût énorme sur notre vie, on le dit haut et fort. Nous sommes une génération qui ne se fait plus berner par la beauté de la maternité, on a conscience de ce que ça générerait dans nos vies* ».

La justice reproductive est « le droit humain de conserver son autonomie corporelle personnelle, d'avoir des enfants, de ne pas en avoir et d'élever les enfants que nous avons dans des communautés sécuritaires et durables »¹³⁶. Ce concept, élaboré aux Etats-Unis dans les années 1990, revendique l'affirmation

134 Gisèle Halimi assurait la défense de Marie-Claire Chevalier, qui avait avorté suite à un viol, et de sa mère, Michèle Chevalier, qui l'avait aidée dans sa démarche malgré la législation en vigueur qui réprimait pénalement l'interruption volontaire de grossesse. Dénoncée par l'auteur du viol, Marie-Claire est alors inculpée pour avoir fait pratiquer un avortement illégal selon l'article 317 du code pénal. Sa mère et deux de ses collègues sont inculpées pour complicité, une quatrième est inculpée pour avoir effectué l'acte illégal, donnant lieu aux procès dits de Bobigny en 1972.

135 Créatrice du podcast « la Matrescence », Table-ronde organisée par la délégation aux droits des femmes de l'Assemblée nationale sur les nouveaux enjeux de la maternité et de la paternité, le mercredi 2 avril 2025 dans le cadre de la Mission d'information sur les politiques d'accompagnement à la parentalité (Sarah Legrain, députée, co-rapporteuse ; Delphine Lingemann, députée, co-rapporteuse).

136 Reproductive justice, SisterSong.

de trois droits reproductifs

fondamentaux :

• **La justice reproductive se définit comme :**

- **le droit de ne pas avoir d'enfant(s)** et de pouvoir revendiquer le fait d'être «sans enfant » ou selon certaines traductions plus proches du concept, être «libre d'enfant ». Cela signifie avoir accès à la contraception, y compris définitive, et à l'avortement, notamment.
- A ce titre, la société doit enfin se départir de son regard négatif sur les femmes qui choisissent de ne pas avoir d'enfant(s) ou qui n'en ont pas pour d'autres raisons que leur propre choix. Les femmes ne sont pas des mères en puissance. Si les années 1970 ont permis de dissocier sexualité et reproduction, il faut espérer que les années futures permettront de dissocier femme et mère ;
- **le droit d'avoir des enfants** et donc de ne pas être stérilisée ou subir des interruptions médicales de grossesse de force (les femmes à la Réunion dans les années 1970¹³⁷ ou à Mayotte, les femmes handicapées, également empêchées dans leur projet de maternité¹³⁸), de pouvoir accoucher sans violence, de la manière dont on le souhaite et en donnant naissance au nombre d'enfants que l'on désire. Cela implique donc de mettre en place de réelles politiques d'accueil de l'enfant, de tout mettre en œuvre pour avoir un accès réel à l'Assistance à la Procréation médicale, ainsi qu'un soutien particulier aux mères seules ;
- **le droit d'élever son ou ses enfants dans un environnement non toxique**, à savoir principalement sans pollution environnementale. Cette revendication est, entre autres, portée par l'écoféminisme, développé dans l'avis du CESE « Inégalités de genre, crise climatique et transition écologique » en 2023.

La justice reproductive est une approche positive qui relie la sexualité, la santé et les droits humains aux mouvements pour la justice sociale en plaçant l'avortement et les enjeux de santé reproductive dans le contexte plus large du bien-être et de la santé des femmes, des familles et des communautés. Elle intègre naturellement les droits humains individuels et collectifs, droits qui sont particulièrement importants pour les communautés

marginalisées. Nous croyons que la capacité d'une femme à déterminer sa vie reproductive est directement liée aux conditions dans lesquelles évolue sa communauté et n'est pas uniquement une question de choix personnel et d'accessibilité. Si une femme fait partie d'une communauté dont les droits humains ne sont pas respectés, par la présence de dangers environnementaux ou le manque d'accès à des soins de santé de qualité par exemple, ses décisions

¹³⁷ Voir à cet égard le livre « Le ventre des femmes » de Françoise Vergès, Albin Michel 2017.

¹³⁸ Voir infra le témoignage de Sushina Lagouje, autrice de « Une grossesse ordinaire ».

par rapport à son corps ne pourront être prises sur des bases strictement individuelles »¹³⁹.

La justice reproductive est donc l'état de bien-être physique, mental, spirituel, politique, économique et social des femmes et des filles. Elle devient une réalité lorsque chaque femme et chaque fille a le pouvoir et les ressources économiques, sociales et politiques nécessaires pour faire des choix éclairés à propos de son corps, de sa sexualité et de sa reproduction.

La justice reproductive est liée à la connaissance et au combat des entraves qui touchent à la vie sexuelle, reproductive et maternelle des filles, sous toutes leurs formes et sur les conditions sociales, politiques, économiques et culturelles qui contribuent à les produire et les renforcer. Elle prend sa source dans la lutte et la résistance de femmes autochtones d'Amérique du Nord ayant subi des contrôles sur leur autonomie corporelle et reproductive, notamment par le biais de stérilisations massives non désirées. Elle s'étend à nombre de pays dont des communautés subissent toujours ce type de contrôle. **Contrôler le corps de ces femmes est en effet un moyen de contrôler leur communauté tout entière.**

Chaque individu doit être capable de faire ses propres choix concernant sa vie reproductive et doit avoir accès aux services de santé reproductive. Les femmes et les hommes doivent avoir la capacité d'élever des enfants dans des environnements sûrs et sains, avec des conditions sociales, économiques et politiques leur permettant d'être parents avec dignité.

Le CESE rappelle à cet égard que la reconnaissance juridique de ces droits ne suffit pas à en garantir l'accès effectif et l'opposabilité. C'est pourquoi son avis sur « Droits sexuels et reproductifs en Europe, entre menaces et progrès » rapporté par Véronique Séhier en 2019, demandait la reconnaissance pleine et entière de ces droits comme des droits humains fondamentaux. **Le CESE insiste sur l'importance de cette préconisation qui reste d'actualité.**

Les inégalités de santé entre les femmes et les hommes et entre les femmes elles-mêmes ayant fait l'objet de nombreux travaux institutionnels ces dernières années, la délégation aux droits des femmes a décidé de porter plus particulièrement son attention sur la périnatalité, espérant ainsi compléter, par des recommandations issues de la société civile, le rapport issu entre temps de la mission d'information du Sénat sur ce sujet.

139 Ross, 2011 in La justice reproductive ou l'application du prisme de la justice sociale à la santé et aux droits sexuels, reproductifs et maternels Fédération du Québec pour le planning des naissances.

Partie 2

La prise en charge de la périnatalité : un bilan mitigé

La santé périnatale couvre une période définie de la santé de la mère et de l'enfant. Au sens de l'organisation mondiale de la santé, elle s'étend de la 28e semaine de grossesse au 7e jour du nouveau-né. Plus globalement, elle désigne l'état de santé de la femme enceinte, du fœtus et du nouveau-né au cours de la période qui va de la grossesse au *post-partum*, voire au premier anniversaire de l'enfant¹⁴⁰.

Dans son rapport sur les politiques de périnatalité, la Cour des comptes¹⁴¹ définit pour sa part la périnatalité comme la période allant de la fin du 1er trimestre de grossesse jusqu'au un an de l'enfant. Quant aux dispositifs de santé publique périnataux en France, ils vont de la grossesse aux « 1000 premiers jours » de l'enfant, soit 2 ans et 7 mois.

I - Du projet de maternité au post accouchement : un parcours semé d'embûches

Selon Danièle Gaudry, gynécologue-obstétricienne auditionnée par la délégation¹⁴², « beaucoup de tabous sur la maternité existent. (...) Dans

notre société, le discours dominant est le suivant : la maternité est forcément une période heureuse et l'arrivée d'un enfant est

140 Mme Véronique Guillotin, rapporteure, Rapport de la mission d'information, « Santé périnatale et son organisation », Sénat, Septembre 2024.

141 Rapport de la Cour des comptes : La politique de périnatalité : des résultats sanitaires médiocres, une mobilisation à amplifier, mai 2024.

142 Audition de Mme Danièle Gaudry, gynécologue-obstétricienne, présidente du réseau périnatalité Val-de-Marne, devant la Délégation aux droits des femmes et à l'égalité du CESE, le 12 mars 2025.

merveilleuse. Cela ne concerne pas du tout toutes les femmes. » D'après toutes les professionnelles de santé entendues par la délégation, cette croyance qui domine doit être déconstruite tant elle est fausse pour certaines femmes et parce qu'elle ajoute sur elles une pression supplémentaire dans une période

potentiellement d'anxiété et de peurs. En réalité, du projet de maternité à l'accouchement puis à l'accompagnement dans la première année du nourrisson, plusieurs obstacles et déconvenues peuvent apparaître, notamment pour certaines catégories de femmes.

A. L'avant conception et le début de grossesse

Comme pendant la période de grossesse puis l'accouchement, dans l'imaginaire collectif la période de conception est encore associée à un moment de bonheur qui ne dépendrait que du choix des parents d'avoir un enfant. Pourtant, la période comprise entre le désir d'enfant et la réalité de la conception relève parfois du « parcours du -ou plutôt de la- combattante ». En effet, le délai de latence moyen entre le désir et la conception est de 7 mois¹⁴³, créant souvent des frustrations et des tensions. De plus, de plus en plus de couples sont confrontés à la difficulté de concevoir des enfants de manière naturelle. Ces difficultés peuvent être exacerbées par des situations de vulnérabilités, en termes de santé (handicap physique ou mental, maladie...), de conditions de travail particulières (pénibilité, horaires atypiques, qualité de vie au travail...) ou de contexte économique et social précaire. Des problèmes de santé mentale et plus globalement d'accès aux soins et/ou à l'information peuvent être occultés durant cette période. Par ailleurs, des discriminations et biais racistes, homophobes, transphobes et validistes contribuent à entraver cette période supposée heureuse.

Pour prévenir des divers maux qui peuvent survenir pendant cette période, un entretien prénatal précoce a été prévu par l'Assurance maladie à partir du 4^e mois de grossesse. Il s'agit d'un entretien de 45 minutes dédié aux femmes, réalisé la plupart du temps par des sages-femmes, mais qui peut aussi être pratiqué par des médecins, notamment des médecins généralistes. Il a pour vocation d'identifier les possibles facteurs de risques médicaux, psychologiques et sociaux. Selon Isabelle Derrendinger¹⁴⁴, présidente de l'Ordre des sages-femmes, seulement 30 % des femmes profitent de cet entretien, « *celles qui en ont le moins besoin* ». Les autres ne s'y rendent pas pour plusieurs raisons :

« Un des premiers obstacles pour les femmes est la difficulté d'annoncer à l'employeur qu'elles sont enceintes, avec la peur d'un licenciement potentiellement pour cette situation de grossesse ».

La deuxième crainte « c'est qu'une femme enceinte a souvent la peur que sa grossesse s'interrompe spontanément.

Le troisième élément est que l'organisation du temps de travail ne permet pas forcément aux femmes de se rendre disponibles pour quitter leur

¹⁴³ Institut national d'études démographiques (INED), « Le délai pour concevoir un enfant », Fiche pédagogique [delai_conception_2010.fr.pdf](https://www.ined.fr/fr/publications/la-conception/la-conception_2010.fr.pdf)

¹⁴⁴ Audition de Mme Isabelle Derrendinger, présidente de l'Ordre des sages-femmes, directrice de l'école des sages-femmes de Nantes par la Délégation aux droits des femmes et à l'égalité du CESE, 12 mars 2025.

vie professionnelle pour se rendre à cet entretien.

Le dernier élément est que leur vie familiale les conditionne à être au service de leur famille et non pas à leur propre service. Les données gynécologiques nous l'exposent extrêmement bien : les femmes renoncent aux soins au profit des soins qui sont dispensés à leur famille. »

1. Un cadre professionnel inadapté au projet de parentalité

Dans le cadre professionnel, l'arsenal législatif français est très complet en matière de protection des femmes enceintes, en tout cas pour les agentes publiques, salariées ou indépendantes.

Pénalement, l'article 225-1 du Code pénal prévoit que : « **constitue une discrimination toute distinction opérée entre les personnes physiques** » sur le fondement d'un critère prohibé, tel que le sexe, la situation de famille et **la grossesse**. Cette discrimination est sanctionnée par l'article 225-2 du code pénal « *la discrimination définie aux articles 225-1 à 225-1-2, commise à l'égard d'une personne physique ou morale, est punie de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende lorsqu'elle consiste : à **refuser d'embaucher, à sanctionner ou à licencier une personne ; [...] subordonner une offre d'emploi, une demande de stage ou une période de formation en entreprise à une condition fondée sur l'un des éléments** visés à l'article 225-1 ou prévue aux articles 225-1-1 ou 225-1-2* ».

Civilement, l'article L1132-1 du Code du travail dispose qu'« aucune

personne ne peut être écartée d'une procédure de recrutement ou de nomination ou de l'accès à un stage ou à une période de formation en entreprise, aucun salarié ne peut être sanctionné, licencié ou faire l'objet d'une mesure discriminatoire, directe ou indirecte (...) notamment en matière de rémunération, au sens de l'article L.3221-3, de mesures d'intéressement ou de distribution d'actions, de formation, de reclassement, d'affectation, de qualification, de classification, de promotion professionnelle, d'horaires de travail, d'évaluation de la performance, de mutation ou de renouvellement de contrat en raison (...) de sa grossesse ».

Par ailleurs, la loi n°2008-496 du 27 mai 2008 relative à la lutte contre les discriminations **vise les salariées mais également les travailleuses indépendantes**, soit des personnes exerçant une activité non salariée à caractère artisanal, commercial ou libéral, qui organisent leur travail librement, en dehors de tout lien de subordination. Elle couvre donc notamment les contrats de collaboration libérale.

Néanmoins, la réalité du vécu des femmes enceintes est tout autre et l'annonce de la grossesse est encore très souvent un facteur de discrimination de la part de l'employeur. La stigmatisation est persistante dans un monde du travail encore trop pensé par les hommes et pour les hommes. Ce sont encore **20 % des femmes occupant des emplois ouvriers et de service qui perdent ou quittent leur emploi en cours de grossesse**. De même, ce sont 2 fois plus de discriminations au travail à l'égard des femmes enceintes ou mères d'un enfant en

bas âge¹⁴⁵.

Selon Laurence Cohen, co-rapporteuse du rapport du Sénat « Santé des femmes au travail »¹⁴⁶, c'est le poids des stéréotypes « *qui explique pourquoi une femme enceinte, au lieu de se réjouir, peut s'effondrer en larmes en annonçant sa grossesse à son employeur. Elle sait, soit par expérience, soit par intuition, que cela risque d'être perçu comme un handicap. Elle anticipe qu'aucun aménagement de poste ne lui sera accordé, que ses absences ou une éventuelle baisse de régime lui seront reprochées. Il n'existe pas, ou trop peu, de prise en compte des difficultés spécifiques rencontrées par les femmes, ce qui empêche la mise en place de solutions pourtant simples.* ».

Les discriminations au travail seront abordées amplement en partie 3 de l'avis.

2. L'interruption spontanée de grossesse dite « fausse couche »

« *La fausse couche correspond à un arrêt spontané de la grossesse avant la 22ème semaine d'aménorrhée (soit environ 5 mois), date de viabilité du fœtus. La **fausse couche est précoce** si elle survient avant la 14ème semaine d'aménorrhée (premier trimestre), ce qui est le cas le plus fréquent puisqu'elle **touche environ 15 % des grossesses**. On parle de **fausse couche tardive** si elle a lieu entre la 14ème et la 22ème semaine d'aménorrhée : cette situation concerne 1,5 % des femmes¹⁴⁷.* **Chaque**

année, en France, 200 000 femmes sont concernées par une fausse couche.

Certaines professionnelles préfèrent le terme « **d'interruption spontanée de grossesse** » (ISG) que nous adopterons également dans cet avis. Le terme d'« **arrêt naturel de grossesse** » est également utilisé et demandé par les autrices de la pétition « Fausse couche, vrai vécu »¹⁴⁸. Celles-ci, entendues par la Délégation¹⁴⁹, dénoncent une terminologie culpabilisante, renvoyant à la femme enceinte la responsabilité de cet événement. Elles invitent à mieux accompagner les femmes dans cette épreuve qui n'est pas anodine et peut être douloureuse physiquement et mentalement.

L'interruption spontanée de grossesse est taboue, elle peut être une des raisons pour lesquelles les femmes gardent secrète leur grossesse. Ce tabou implique que si une ISG survient, elle est souvent considérée comme un non-événement. Pourtant, elle est fréquente comme le montrent les chiffres, et son impact sur la santé mentale des femmes ne doit pas être banalisé. Elle constitue, pour beaucoup de femmes, un véritable deuil, à la suite duquel il faut se reconstruire avec souvent l'envie de se relancer dans un projet de grossesse avec des peurs et un stress supplémentaire. Le sujet est tellement tabou que beaucoup de femmes ignorent la fréquence de cet événement. L'isolement et la culpabilité apparaissent alors plus intensément.

¹⁴⁵ Laurence Cohen, Laurence Rossignol, Marie-Pierre Richer, Annick Jacquemet, rapporteuses de « Santé des femmes au travail : des maux invisibles », Rapport d'information du Sénat n°780,

¹⁴⁶ Audition de Mme Laurence Cohen, ancienne sénatrice et co-rapporteuse du rapport du Sénat « Santé des femmes au travail », par la Délégation aux droits des femmes et à l'égalité du CESE le 14 janvier 2025.

¹⁴⁷ Selon l'Assurance maladie.

¹⁴⁸ Pétition - Fausse couche, vrai vécu. - France - Change.org, donnant lieu par la suite à une tribune publiée dans le journal Le Monde le 27 mars 2022 « Finissons-en avec l'expression "faire une fausse couche", parce que rien n'est faux, et que tout est vrai ».

¹⁴⁹ Entretien de la Délégation aux droits des femmes et à l'égalité du CESE avec Mmes Mathilde Lemiesle et Sandra Lorenzo, le 6 juin 2025.

L'ISG « est un secret et une douleur partagés par tant de femmes, génération après génération et, malgré tout, il y a beaucoup de non-dits. Elles l'apprennent de manière très rapide et expéditive en consultation médicale, puis elles ne reçoivent pas les informations nécessaires. Est-ce que je vais souffrir au moment de l'expulsion de mon embryon ? Comment gérer cette douleur ? Elles ne sont pas suffisamment préparées. Les femmes qui subissent une fausse couche sont accueillies dans l'unité de maternité, à côté des femmes enceintes. Elles ont alors le sentiment d'être nulles¹⁵⁰ ».

Depuis la loi du 7 juillet 2023¹⁵¹, l'ISG bénéficie d'une prise en charge et de la mise en place d'un soutien psychologique, tant pour les femmes que pour leur compagnon ou compagne. Cela a pour vertu de reconnaître leurs souffrances. De plus, il est possible pour les femmes, depuis le 1er janvier 2024¹⁵², de bénéficier d'un arrêt maladie sans application du délai de carence. Cette disposition est une première reconnaissance du caractère non bénin d'une ISG. Cependant, selon les autrices de la pétition « Fausse couche, vrai vécu » cette mesure est mal appliquée sur le territoire. Quoi qu'il en soit, elle ne doit pas exonérer l'employeur d'aller plus loin et de garantir à la femme qui en est

victime, des aménagements de travail (organisationnels, horaires etc.).

Les pétitionnaires entendues par la délégation préconisent des mesures concrètes et applicables dans de brefs délais, en particulier **la création d'un fascicule d'information et de prévention** qui informerait le grand public, mais également les professionnelles et professionnels de santé qui accueillent les femmes, sur tous les éléments nécessaires à la bonne compréhension de cet arrêt de grossesse et de l'accompagnement possible dans ce cadre. **Le CESE soutient leur démarche.**

Les interruptions spontanées de grossesse peuvent être multifactorielles. Elles invitent à se pencher sur la croissance de l'infertilité chez les hommes et les femmes. Selon l'INSERM, après un an de tentatives sans contraception, 18 % à 24 % des couples restent sans enfant. Après deux ans, 8 % à 11% des couples sont toujours en attente d'une grossesse¹⁵³. Selon un rapport du ministère de la Santé de 2022 sur les causes d'infertilité¹⁵⁴, celle-ci a plusieurs causes et résulte tout d'abord du recul de l'âge à la maternité « en quatre décennie, cet âge a augmenté de cinq ans. En 2019, les Françaises avaient leur premier enfant à 29 ans en moyenne. La fertilité déclinant

150 « Les fausses couches sont un secret et une douleur partagée par tant de femmes » interview de Judith Aquien, Le Monde 17 mars 2024.

151 Loi n° 2023-567 du 7 juillet 2023 visant à favoriser l'accompagnement psychologique des femmes victimes de fausse couche.

152 A la suite de l'adoption de la LOI n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la Sécurité sociale pour 2024.

153 Dossier de l'Inserm, « Assistance médicale à la procréation (AMP) Des techniques pour aider les couples infertiles », juillet 2017.

154 Professeur Samir Hamamah et Mme Salomé Berlioux, Ministère de la Santé, « Rapport sur les causes d'infertilité Vers une stratégie nationale de lutte contre l'infertilité », février 2022.

progressivement à partir de 30 ans, les maternités dites « tardives » augmentent mécaniquement le risque d'infertilité ».

Le rapport analyse les facteurs sociétaux qui ont mené à ce recul de l'âge à la maternité. Parmi eux, la généralisation du travail féminin et des techniques contraceptives, le possible déclin du désir d'enfant chez les jeunes générations, la recherche d'une stabilité professionnelle et affective avant de concrétiser un projet parental, une crise économique ou encore l'absence de politique publique facilitant la conciliation entre vie familiale et professionnelle.

Les ISG peuvent aussi provenir de la qualité du sperme qui, elle-même, peut dépendre de facteurs environnementaux. Le rapport précité fait état d'une méta-analyse réalisée en 2017 faisant apparaître **un déclin de plus de 50 % de la concentration spermatique chez les hommes des pays industrialisés entre 1973 et 2011**¹⁵⁵. Ce phénomène serait notamment lié à une exposition régulière aux perturbateurs endocriniens et aux modes de vie occidentaux qui pèsent sur la fertilité, en particulier pendant la période pré-conceptuelle.

Toutefois, il convient de pousser l'analyse des facteurs environnementaux sur l'augmentation des troubles de la fertilité, des pathologies de la grossesse, et des atteintes développementales précoces, en lien avec des expositions environnementales multiples et souvent invisibles. La période périnatale apparaît comme un moment de vulnérabilité, autant pour les femmes que pour l'embryon ou le fœtus, appelant à une vigilance et à une action concrète des pouvoirs

publics. L'approche plus englobante par la notion d'exposome traite de la sensibilité accrue des femmes aux pollutions et des répercussions sur leur santé et celle de l'enfant à naître, ainsi que les inégalités tant sociales que territoriales, bien au-delà de cette période critique.

3. Les insuffisances d'intégration du concept d'exposome dans la prévention

L'exposome englobe l'ensemble des expositions à des facteurs de risques chimiques, physiques, biologiques, alimentaires, psychologiques ou sociaux) qui peuvent influencer la santé humaine tout au long de la vie, y compris intra-utérine, en tenant compte des effets à long terme et potentiellement multigénérationnels.

L'exposome est désormais considéré comme un désordre majeur de la santé des hommes et des femmes à tous les âges de la vie et avant même la conception. Le CESE rappelait dans son avis adopté en mai 2022¹⁵⁶ que l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) estime dans son étude publiée en 2017¹⁵⁷ que les conséquences sanitaires de la dégradation de l'environnement, en s'en tenant aux dimensions de la pollution de l'air, de la pollution sonore et des dégâts des perturbateurs endocriniens, se chiffrent à plus de 7,5 % du Produit intérieur brut (PIB) français.

Mais la difficulté ne tient pas seulement à la multiplicité des expositions. Un des enjeux est de pouvoir **comprendre et analyser les effets combinés sur la santé de ces multiples expositions et de leurs interactions : il s'agit de « l'effet**

¹⁵⁵ Ibid.

¹⁵⁶ Isabelle Dorese et Agnès Popelin-Desplanches, rapporteuses, « Pour une politique publique nationale de santé-environnement au cœur des territoires », Conseil économique, social et environnemental, 24 mai 2022.

¹⁵⁷ Évaluation du troisième plan national santé environnement et préparation de l'élaboration du plan suivant, Béatrice Buguet-Degletagne, Décembre 2018

cocktail ». La difficulté est de comprendre la relation entre ces expositions parfois à faible dose, voire sans seuil, et des pathologies qui peuvent survenir longtemps après. Les effets délétères d'une exposition sont la conséquence d'un processus long et touchent

des périodes de vie ou « fenêtres d'exposition » aux effets adverses sur la santé particulièrement critiques : la période *in utero* jusqu'aux deux ans de l'enfant (1000 premiers jours), la puberté, les années de reproduction.

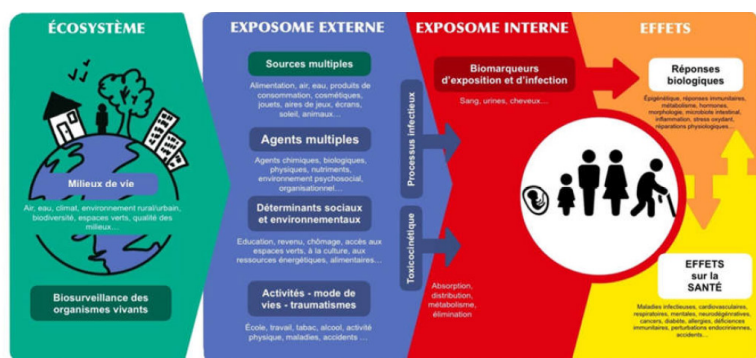


Figure 1 : Représentation en 4 modules de l'étude de l'exposome illustrés par quelques exemples : de l'écosystème, origine des expositions, aux réponses biologiques et effets sur la santé, en passant par les niveaux d'exposition externes et internes. La frise temporelle indique que l'exposome intègre les expositions sur la vie entière.

Avis et rapport de l'Anses relatif au rapport « Intégration de l'exposome dans les activités de l'Anses », mars 2023.

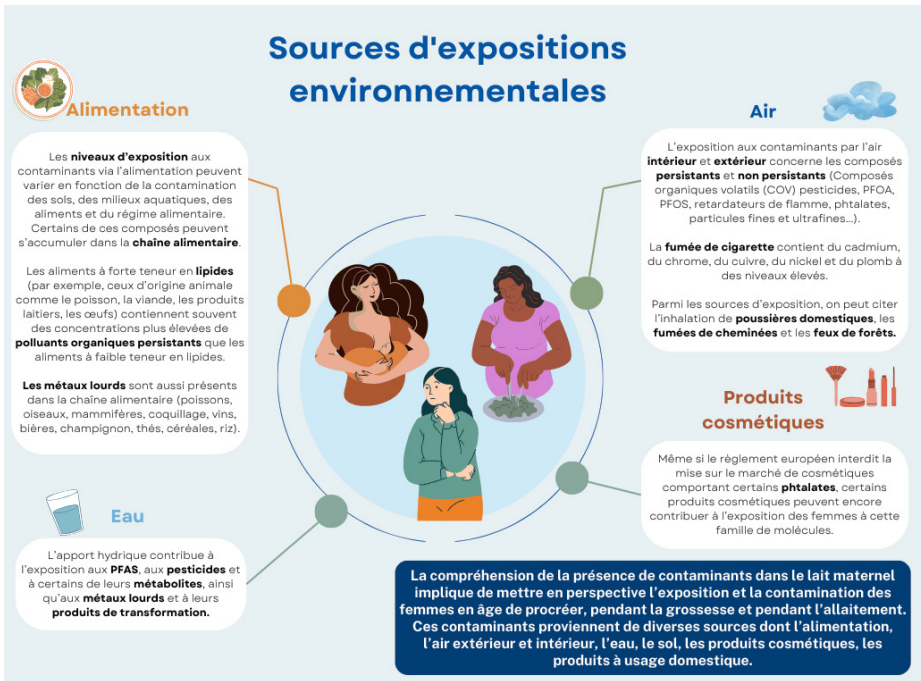
La délégation a auditionné Mme Francelyne Marano, professeure émérite à l'Université Paris Cité¹⁵⁸, qui étudie notamment les impacts des polluants environnementaux et des perturbateurs endocriniens sur la santé des femmes avant une possible grossesse, pendant celle-ci et pendant l'allaitement. Selon elle, l'ensemble de la population est exposé aux contaminants chimiques tout au long de la vie ainsi qu'à d'autres facteurs environnementaux,

physiques, psychosociaux et économiques. Le concept d'exposome permet de prendre en compte la dynamique des expositions en termes de temps, de localisation géographique et de statut socio-économique. Ce mélange de substances chimiques est variable en fonction du territoire, du comportement individuel et de l'âge. **L'exposition des femmes enceintes et allaitantes à ces polluants persistants est préoccupante** car

¹⁵⁸ Audition de Mme Francelyne Marano, professeure émérite à l'Université Paris Cité, ex-membre du Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP), et vice-présidente du Comité d'experts Santé Environnement Travail Santé Publique France par la Délégation aux droits des femmes et à l'égalité du CESE le 25 février 2025.

la période des 1000 premiers jours est une fenêtre d'exposition particulièrement sensible, étant donné les modifications métaboliques, physiologiques de la femme, du fœtus puis du nourrisson. « On a bien montré, dans les 10-15 dernières années, la grande vulnérabilité fœtale à l'exposition de la mère aux produits chimiques environnementaux ainsi qu'au tabac et à l'alcool. » Les contaminants proviennent de diverses sources dont l'alimentation, l'air extérieur et intérieur,

l'eau, le sol, les produits cosmétiques, la combustion de la matière organique (fumées de cheminée, feux de forêts), les produits à usage domestique ainsi que les médicaments et leurs résidus. Le fœtus est donc exposé pendant la grossesse et le lait maternel n'est pas la seule source d'exposition aux polluants pour le nourrisson.



Représentation schématique des différentes sources d'exposition aux contaminants - Source Haut conseil de la santé publique, Rapport relatif à l'allaitement maternel, 12 juin 2024

Ainsi, il est admis que **l'exposition antérieure des parents à des composés chimiques au cours de leur vie professionnelle ou personnelle peut avoir un effet sur le développement**

du fœtus. Une exposition durant le développement fœtal, même courte et ciblée, conditionnerait la santé de l'individu et l'apparition de maladies durant le reste de sa vie et celle des générations

suivantes, *via* des mécanismes épigénétiques¹⁵⁹. Ils doivent faire l'objet d'études d'exposition et de risques spécifiques encore imparfaitement pris en compte, aussi bien dans les évaluations de risques que dans les réglementations en découlant. A titre d'exemple, une trop forte exposition au dioxyde d'azote peut, dans cette période, engendrer le déclenchement prématuré de l'accouchement¹⁶⁰. De même, comme noté précédemment, dans les Outre-mer l'exposition à la chlordécone, perturbateur endocrinien classé cancérogène, est associée de manière significative à une durée raccourcie de grossesse ainsi qu'à un risque augmenté de prématurité¹⁶¹.

Les programmes de recherche nationale et internationale sur l'exposome étudient deux grands domaines d'investigation : l'exposome au travail et l'exposome du début de la vie. Le premier s'intéresse aux effets cumulatifs des expositions dans le cadre professionnel en interaction avec ceux de la vie privée au cours de la vie des femmes et des hommes. Le second étudie la vulnérabilité des femmes enceintes aux agents toxiques de l'environnement, aux risques psychosociaux et aux conséquences sur le développement du fœtus et de l'enfant.

Selon Francelyne Marano « *La prévention de l'exposition aux contaminants peut être possible, mais elle passe par l'application stricte de normes, pour diminuer, voire interdire certains contaminants préoccupants dans les produits de consommation, l'alimentation. Elle passe aussi par l'information du public* ».

* * *

Face aux problèmes de certains couples à procréer, plusieurs dispositifs existent et permettent de les accompagner dans leur projet d'enfant. Ces dispositifs permettent également aux couples de femmes homosexuelles, aux femmes seules et aux femmes Trans de pouvoir se projeter dans un projet de parentalité.

159 L'épigénétique correspond à l'étude des changements dans l'activité des gènes, n'impliquant pas de modification de la séquence d'ADN et pouvant être transmis lors des divisions cellulaires (site INSERM 18 février 2015).

160 Avis du Conseil économique, social et environnemental : 11 juin 2019, « Les maladies chroniques » (Michel Chassang et Anne Gautier, rapporteur et rapporteure), 24 mai 2022, « Pour une politique publique nationale de santé-environnement au cœur des territoires » (Isabelle Doresse et Agnès Popelin-Desplanches, rapporteures).

161 Audition de Johanna-Soraya Benamrouche, cofondatrice de l'Observatoire Féministe des Violences Médicales, par la délégation aux droits des femmes et à l'égalité du CESE le 25 mars 2025.

4. Les assistances médicales à la procréation

Une ouverture vers des nouveaux modèles de parentalité :

La loi du 2 août 2021 relative à la bioéthique apporte une traduction légale de changements sociaux et sociétaux dans la notion de faire famille et ouvre des perspectives à différentes compositions ou modèles familiaux que ceux traditionnels comme les familles homoparentales et monoparentales. La famille dite « traditionnelle » et hétéronormée ne constitue donc plus le seul modèle de parentalité et l'évolution des cadres légaux et médicaux permet des avancées significatives dans les possibilités de faire famille autrement, en plus d'ouvrir des droits supplémentaires aux enfants.

Cette réforme a été très bien accueillie et les résultats révèlent un véritable besoin puisque l'Agence de la biomédecine note que l'activité d'assistance médicale à la procréation (AMP) avec don de spermatozoïdes a été multipliée par 8,5 par rapport à la période précédant la loi de bioéthique de 2021¹⁶². Les couples de femmes et les femmes seules représentent désormais 90 % des consultations réalisées dans le cadre d'une AMP¹⁶³.

L'Agence de la biomédecine joue un rôle de promotion du don de gamètes et de contrôle de l'utilisation des financements supplémentaires alloués aux centres pour faire face aux surcoûts découlant

des nouveaux parcours d'AMP. La loi bioéthique lui confie également la mission de proposer des règles d'attribution des gamètes et embryons, puis de répartition des stocks¹⁶⁴. A cet égard, un arrêté du 14 avril 2022¹⁶⁵ a été adopté et dispose en son premier article :

→ « **Les critères suivants ne peuvent conduire ni à prioriser, ni à exclure, ni à restreindre l'accès au don :**

→ *Le statut matrimonial ;*

→ *l'orientation sexuelle du couple ou de la personne prise en charge, au nom du principe de non-discrimination ;*

→ *le fait d'avoir des enfants ou de ne pas en avoir ;*

→ *la désignation par la ou les bénéficiaires d'une personne ayant volontairement accepté de procéder à un tel don en faveur d'un tiers anonyme ;*

→ *l'origine géographique des demandeurs. »*

« Cette réforme est une étape cruciale pour respecter les droits des individus et assurer une meilleure prise en charge des demandes d'assistance médicale à la procréation. Elle s'inscrit dans une démarche globale visant à moderniser et humaniser les pratiques médicales, en plaçant les besoins et les droits des patients au centre des préoccupations. ¹⁶⁶ » déclarent Catherine Vautrin, ministre du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles et Yannick Neuder, ministre chargé de la Santé et de l'Accès aux soins.

¹⁶² Agence de la biomédecine, Fin des gamètes anonymes : Communiqué de presse, avril 2025.

¹⁶³ Cour des comptes, « Les missions de l'agence de la biomédecine après la dernière loi de bioéthique », Communication à la commission des affaires sociales du Sénat, janvier 2024.

¹⁶⁴ Ibid.

¹⁶⁵ Arrêté du 14 avril 2022 portant modification de l'annexe de l'arrêté du 11 avril 2008 modifié relatif aux règles de bonnes pratiques cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation.

¹⁶⁶ Agence de la biomédecine, Fin des gamètes anonymes : Communiqué de presse, avril 2025.

L'AMP aussi dite PMA, destinée à répondre à un projet parental, fait appel à différentes techniques : l'insémination artificielle ; la fécondation *in vitro* (FIV) ; l'accueil d'embryon. Le Code de la Santé publique, à son tour, dans son article L.2141-2 dispose que **l'accès à l'AMP « ne peut faire l'objet d'aucune différence de traitement, notamment au regard du statut matrimonial ou de l'orientation sexuelle des demandeurs »**. Or, comme nous le verrons, il existe des disparités de traitement et de prise en charge selon les publics. L'avis ne détaillera pas les différentes techniques mais se circonscrit à étudier les enjeux propres à certains dispositifs, que ce soient des enjeux techniques, que d'accès à l'AMP.

Tout d'abord, selon la psychiatre, Sarah Tebeka¹⁶⁷, les enjeux de santé mentale pendant cette période ne sont pas à minimiser. **Les processus de PMA peuvent mener à des dépressions, ils « sont longs, coûteux, douloureux. Ce sont de grands yoyos en termes d'émotion car on met beaucoup d'espoirs et on a beaucoup de déceptions. Physiquement, cela soumet les femmes à des traitements lourds, très contraignants, difficilement compatibles avec la vie professionnelle »**

L'AMP concerne les couples hétérosexuels et donc, depuis la loi bioéthique de 2021, les femmes seules ou bien les couples composés

de deux femmes. Bien qu'en février 2020 a été adoptée au Sénat la limitation du remboursement aux seuls cas d'infertilité constatée, excluant de fait les couples de femmes ou les femmes seules, **le remboursement par l'assurance maladie est aujourd'hui ouvert à ces femmes**¹⁶⁸.

L'avancée significative de la loi bioéthique permet aux hommes et aux femmes de pouvoir recourir personnellement à une PMA plus tard, grâce à **l'autoconservation des gamètes en dehors de tout motif médical**. Avant 2021, le recours à la congélation de ses propres ovocytes était conditionné à une nécessité médicale. La réforme est encadrée. Des bornes d'âge ont été posées par décret¹⁶⁹ :

- Pour bénéficier d'un prélèvement ou recueil de ses gamètes en vue d'une AMP : le prélèvement d'ovocytes peut être réalisé chez la femme jusqu'à son 43^{ème} anniversaire tandis que le recueil de spermatozoïdes peut être réalisé chez l'homme jusqu'à son 60^{ème} anniversaire.
- Pour bénéficier de l'autoconservation de ses gamètes en vue de la réalisation ultérieure d'une AMP : le prélèvement d'ovocytes peut être réalisé chez la femme à compter de son 29^{ème} anniversaire et jusqu'à son 37^{ème} anniversaire ; le recueil de spermatozoïdes peut être

¹⁶⁷ Audition de Mme Sarah Tebeka, docteure, psychiatre spécialisée en périnatalité, par la délégation aux droits des femmes et à l'égalité du CESE le 28 janvier 2025.

¹⁶⁸ Miguel Shema, « La santé est politique : la médecine soigne-t-elle vraiment tout le monde », Edition Belfond.

¹⁶⁹ Décret n° 2021-1243 du 28 septembre 2021 fixant les conditions d'organisation et de prise en charge des parcours d'assistance médicale à la procréation.

réalisé chez l'homme à compter de son 29^{ème} anniversaire et jusqu'à son 45^{ème} anniversaire.

De même, les actes liés au recueil ou au prélèvement des gamètes sont remboursés mais pas le cout de la conservation. **Afin de stopper les pressions sur les salariées pour les conduire à différer un projet de grossesse, la loi interdit aux employeurs de prendre en charge les frais d'autoconservation de gamètes.**

Par ailleurs, les droits pour les enfants évoluent puisque désormais a été prévu un droit d'accès aux origines des enfants nés d'une PMA. En effet, au moment de la majorité, ces enfants peuvent accéder à des données identifiantes du donneur ou à son identité. A cet égard, « *le 31 mars 2025 est une **date charnière dans l'histoire de l'AMP en France** puisqu'elle marque la **mise en application pleine et entière du droit d'accès aux origines pour les personnes conçues par AMP avec tiers donneurs à partir de cette date. L'un des nouveaux droits de la loi de bioéthique prend effet pour tous les enfants à naître***¹⁷⁰ ».

Comme évoqué précédemment, l'ouverture de l'AMP aux couples de femmes ou aux femmes seules a entraîné une **hausse significative de demandes**. En 2021, l'Agence de la biomédecine a lancé une grande campagne pour le don de sperme qui a abouti à une hausse du nombre de candidats au don de spermatozoïdes en 2024 et un stock de plus de 100 000 nouvelles paillettes de spermatozoïdes accumulé depuis 2022¹⁷¹. Néanmoins malgré une demande

en hausse, la Cour des comptes en 2024¹⁷² constate un allongement des délais d'accès pour les AMP avec dons de spermatozoïdes. De même, les Centres d'études et de conservation des œufs et du sperme (CECOS) **allèguent un manque de personnel et de moyens pour faire face aux demandes**¹⁷³. Or cet allongement n'est pas sans conséquence sur le traitement des différents publics dans l'égal accès à l'AMP.

170 Agence de la biomédecine, Fin des gamètes anonymes : Communiqué de presse, avril 2025.
171 Ibid.

172 Cour des comptes, « Les mission de l'agence de la biomédecine après la dernière loi de bioéthique », Communication à la commission des affaires sociales du Sénat, Janvier 2024.

173 Philippe Faucher, Danielle Hassoun, Thelma Linet, « Santé sexuelle et reproductive des personnes LGBT », Pratique en en gynécologie-obstétrique, Editions Elsevier Masson, 2023, p. 176.

Pour les **couples homosexuels d'hommes en France**, la seule solution pour avoir des enfants grâce à l'assistance à la procréation est le **recours à la gestion pour autrui (GPA)**.

La GPA est interdite en France¹⁷⁴ afin de lutter contre la marchandisation des corps humains. Aussi les couples d'hommes qui souhaitent y recourir doivent se rendre à l'étranger dans les pays qui l'encadrent (Grande-Bretagne, Grèce, Belgique, Pays-Bas, Canada et certains états des Etats-Unis).

Cette situation créée donc des problèmes pour la reconnaissance dans le droit français de la filiation des enfants nés à l'étranger.

Jusqu'en 2014, la Cour de cassation refusait fermement la filiation des enfants nés de la GPA à l'étranger, en se fondant sur l'ordre public. Pour le Conseil d'Etat, la nullité du contrat de gestation par le droit français était sans incidence sur l'obligation faite à l'administration de faire primer l'intérêt supérieur de l'enfant, tel que l'entend la Convention Internationale des Droits de l'Enfant. Par un arrêt du 26 juin 2014, la Cour européenne des droits de l'homme a condamné la position française et estimé que le droit à la vie privée des enfants n'était pas respecté, que l'État allait au-delà de ce que lui permet sa marge d'appréciation en refusant de reconnaître le lien de filiation. Cette décision a conduit la **Cour de cassation** à faire changer sa jurisprudence qui juge **désormais que la GPA ne fait plus obstacle, à elle seule, à la transcription française de l'acte de naissance étranger**.

Avec la loi bioéthique de 2021 **les parlementaires n'ont pas légiféré en ce sens** et ont décidé que la reconnaissance de la filiation à l'étranger était appréciée au regard de la loi française. **La transcription d'un acte d'état civil étranger d'un enfant né de GPA est ainsi limitée au seul parent biologique** (le parent d'intention devant passer par une procédure d'adoption).

Il faudra attendre une décision du 14 novembre 2024 pour que la Cour de cassation confirme qu'une filiation établie légalement dans un pays étranger pour un enfant né d'une GPA sans aucun lien biologique avec le parent d'intention pouvait être reconnue en France. La Cour considère que l'absence de lien biologique ne heurte aucun principe essentiel du droit français.

Le sujet ne semble pas être encore complètement résolu. Il est laissé, pour l'instant, à la libre appréciation des juges.

¹⁷⁴ En France, la GPA a été interdite par la loi du 29 juillet 1994 relative au respect du corps humain, qui a introduit dans le code civil un article 16-7 selon lequel «toute convention portant sur la procréation ou la gestation pour le compte d'autrui est nulle».

L'ouverture de droits à certaines catégories de la population n'entraîne pas forcément, consubstantiellement, un accès effectif à ces derniers. Selon plusieurs organisations et associations de terrain, bien qu'elles en remplissent les critères légaux, de nombreuses femmes n'ont pas accès à une prise en charge de PMA en France. Selon Johanna-Soraya Benamrouche¹⁷⁵, « **la plupart des personnes queers, trans, racisées et grosses ont été laissées de côté par la dernière révision de la loi de bioéthique qui a accordé la PMA dite « pour toutes », mais pas « à toutes »**. Les organisations l'expliquent par l'impossibilité d'obtenir un rendez-vous dans des temps raisonnables pour certaines femmes. Le manque de moyens, entre autres, est l'une des causes qui influent sur les délais.

De plus, si le Code de la Santé publique dans son article L.2141-2 dispose que l'accès à l'AMP « ne peut faire l'objet d'aucune différence de traitement, notamment au regard du statut matrimonial ou de l'orientation sexuelles

des demandeurs », **les discriminations à l'égard des couples de femmes persistent**. L'Observatoire féministe des violences médicales constate parmi les obstacles : « *les entretiens psy invasifs et jugeant, le chantage au donneur, le refus du choix de la personne qui portera l'enfant dans un couple, la stimulation, voire la FIV obligatoire pour des personnes qui n'ont pas de problème de fertilité préalable pour éviter de « gâcher des paillettes pour elles »*.

Toujours selon les constats de l'Observatoire, « **pour les personnes racisées**, l'inégalité dans l'accès aux technologies de reproduction se joue au niveau du manque de gamètes issues de personnes qui leur ressemblent. Pour les **personnes grosses**, elle se joue au niveau du refus total de prise en charge, souvent conditionné à une perte de poids. On peut parler également de « **présomption d'hétérosexualité** », qui assimile la grossesse au féminin systématiquement, et qui réduit l'identité des femmes à une grossesse mystifiée ».

B. La grossesse

La grossesse n'est pas une maladie mais elle peut être une période de grande fatigue physique et psychique, en particulier les trois premiers mois.

1. La grossesse, le mythe d'une période forcément épanouissante

Pour l'autrice Judith Aquier¹⁷⁶, responsable RH, « *Cette période est, en réalité, la plus difficile de la grossesse. C'est vraiment là qu'on a besoin d'une*

place dans les transports en commun, qu'on a besoin d'écoute et de réponses très claires de la part des médecins. On a besoin d'un entourage à tous les niveaux : sociétal, RH, amical, familial, etc. Et, pourtant, on est confiné dans un silence très inquiétant, en total décalage avec ce qu'on est en train de vivre. Les femmes sont rarement en pleine forme, elles ont des nausées, du dégoût alimentaire... Certaines font quasiment

¹⁷⁵ Audition de Johanna-Soraya Benamrouche, cofondatrice de l'Observatoire Féministe des Violences Médicales, par la délégation aux droits des femmes et à l'égalité du CESE le 25 mars 2025.

¹⁷⁶ « Trois mois sous silence, le tabou de la condition des femmes en début de grossesse », Payot, mai 2021.

de l'hypersomnie¹⁷⁷ ».

En effet, durant les trois premiers mois de grossesse, 75,1 % des femmes se plaignent du trouble du sommeil, 30 à 35 % souffrent d'hypersomnie et d'épuisement d'ordre narcoleptique et 85 % connaissent des nausées et vomissements fréquents¹⁷⁸. A cela s'ajoute le stress d'une interruption naturelle de grossesse, comme évoqué précédemment.

Judith Aquier poursuit : « *Certains médecins considèrent même que les maux de la grossesse sont l'expression d'un rejet, d'une somatisation. Ce sont des paroles culpabilisantes qui peuvent avoir des répercussions psychologiques. La dépression prénatale existe et multiplie ensuite les risques de dépression du postpartum. C'est un enjeu de santé publique majeur, mais il n'est pas pris en compte* ».

S'impose alors, dès ce moment, la nécessité d'un soutien du second parent et de la collectivité envers les femmes enceintes. A cet égard, l'employeur doit garantir à la personne enceinte des ajustements qui lui permette de vivre sereinement sa grossesse sans qu'elle ait à développer des stratégies pour cacher des éventuelles micro-siestes, contraintes alimentaires, vomissements etc. A cet égard, certaines entreprises se sont engagées pour assurer le bien-être

des femmes enceintes par le biais d'une charte RH qui comprend douze engagements que les signataires s'engagent à respecter. Cela passe par la confidentialité des procédures, la possibilité d'absences non justifiées, le jour de carence 100 % rémunéré, l'accompagnement des congés longs liés à la parentalité, le télétravail... **Mais ces engagements sont loin d'être généralisés et n'ont pas la portée de dispositions à caractère réglementaire.**

2. Les enjeux de santé mentale

Dans la continuité des constats tirés au moment de la période de conception, la période de grossesse est d'autant plus mystifiée que la désillusion est grande lorsqu'elle ne se passe pas aussi bien que prévu pour les futures mères.

La dépression apparaît dans un tiers des cas au cours de la grossesse¹⁷⁹. Or l'une des conséquences de la dépression périnatale est que, lorsque les femmes sont déprimées, elles consomment plus de substances toxiques avec toutes les conséquences que cela peut avoir pour elles et pour le bébé si c'est *in utero* ou qu'elles sont allaitantes. Dans certains cas, cette dépression est extrêmement grave, puisque l'on sait, depuis 2021, que le suicide est la première cause de mortalité maternelle¹⁸⁰ en France à un an de la naissance. Pourtant, malgré ces constats, la psychiatrie

¹⁷⁷ « Les fausses couches sont un secret et une douleur partagée par tant de femmes » interview de Judith Aquier, Le Monde 17 mars 2024.

¹⁷⁸ Fondation des femmes, « Le coût d'être mère », note #3, juin 2023.

¹⁷⁹ Audition de Mme Sarah Tebeka, docteure, psychiatre spécialisée en périnatalité, par la délégation aux droits des femmes et à l'égalité du CESE le 28 janvier 2025.

¹⁸⁰ Les morts maternelles sont des morts qui surviennent entre le début de la grossesse et un an postnatal.

Sarah Tebeka¹⁸¹ constate **qu'il y a un sous-diagnostic majeur des troubles mentaux** car on estime que **50 % des dépressions au cours de la grossesse ne sont pas repérées alors même que c'est un moment où les femmes sont le plus suivies au cours de leur vie.**

Mais alors **pourquoi ce sous-diagnostic ?** Pourquoi cette dépression périnatale passe-t-elle sous les radars ? La docteure l'explique de plusieurs manières.

Tout d'abord, **la culpabilité des femmes** face à une société qui attend d'elles que ce moment de la grossesse soit un moment d'épanouissement total. La réalité est différente. Les maux sont nombreux, ils peuvent aller du mauvais sommeil au fait d'être incommodée par son bébé, d'être épuisée, voire d'être confrontée à de pathologies plus inquiétantes nécessitant d'être alitée, éventuellement hospitalisée.

Le deuxième point analysé par la psychiatre est **la stigmatisation liée à la pathologie psychiatrique**. En effet, lorsqu'il est proposé à des femmes de rencontrer un ou une psychiatre à la maternité, *« elles ont l'impression qu'on les prend pour des folles (...) qu'il va en découler nécessairement un traitement médicamenteux (...) qu'on va les hospitaliser y compris de force, et qu'on va leur prendre leur bébé. Ce sont des freins majeurs au fait qu'elles puissent exprimer leur souffrance »*.

Le troisième point est la **banalisation des symptômes** à la fois par les femmes et par les professionnels et professionnelles elles-mêmes. Les symptômes cardinaux de la dépression sont la tristesse, le manque de plaisir, l'irritabilité parfois, puis les troubles du sommeil, la perte de poids importante, la fatigue, les troubles de la concentration, la perte de plaisir. Le

problème est que *« dans ces symptômes, il y a des choses extrêmement banales qu'il est très facile de mettre sur le dos de la période périnatale »*.

Ce qui amène à la dernière cause, analysée par Sarah Tebeka comme étant l'enjeu principal : le **défaut d'information des femmes et de formation des professionnels et professionnelles**.

A cet égard, chaque partie a sa part à jouer. La responsabilité est collective. Sur l'information des femmes *« l'entretien prénatal, l'entretien postnatal et les cours de préparation à l'accouchement vont dans ce sens de les éduquer au maximum »*. Ainsi, dans l'entourage, le partenaire de vie a un rôle fondamental. Enfin, dans le monde professionnel, l'employeur doit être vigilant et assurer ses obligations de prévention en mettant en place les aménagements nécessaires pour le bien-être et le confort de la femme enceinte.

La santé mentale pendant la période périnatale dans son entièreté sera abordée plus avant en troisième partie de l'avis, car elle est un élément structurant de la mobilisation collective nécessaire pour résorber les inégalités et accompagner les femmes pendant cette période.

En plus des aspects déjà évoqués sur les difficultés que peuvent rencontrer les femmes pendant la grossesse, il convient d'aborder plus spécifiquement l'interruption volontaire de grossesse (IVG), l'interruption médicale de grossesse (IMG) et le décès du nourrisson à la naissance.

181 Audition de Mme Sarah Tebeka, docteure, psychiatre spécialisée en périnatalité, par la délégation aux droits des femmes et à l'égalité du CESE le 28 janvier 2025.

3. L'interruption volontaire de grossesse (IVG)

- L'IVG fait partie de la santé sexuelle et reproductive des femmes. On ne peut évoquer la périnatalité sans aborder cette question qui relève, pour la très grande majorité des cas, d'un libre choix des femmes d'interrompre une grossesse. Quelle que soit la raison pour laquelle une femme avorte, cette possibilité doit lui être offerte sur tout le territoire. L'IVG peut se pratiquer de deux manières :
- **L'IVG médicamenteuse** est pratiquée en établissement de santé (hôpital ou clinique), en cabinet de ville, en centre de santé sexuelle ou en centre de santé. Elle peut être pratiquée jusqu'à la fin de la 7^e semaine de grossesse (au maximum 9 semaines après le début des dernières règles).

L'IVG instrumentale chirurgicale est pratiquée obligatoirement en établissement de santé (hôpital ou clinique). Sous certaines conditions, elle peut avoir lieu dans un centre de santé autorisé ayant établi une convention de coopération avec un établissement de santé. Elle peut être pratiquée jusqu'à la fin de la 14^e semaine de grossesse.

Dans l'étude du CESE de 2019 sur les droits sexuels et reproductifs¹⁸², les auditionnées ont souligné « l'importance de **garantir la liberté de choix des femmes concernant à la fois la méthode d'avortement et le mode d'anesthésie** (générale ou locale) en cas d'IVG instrumentale.

Comme Mme Mauget l'a rappelé, « l'IVG est d'autant mieux vécue par une femme qu'elle en a choisi la méthode. **Mais ce choix dépend de plus en plus de l'offre de soins et des ressources disponibles** ». Il est essentiel de garantir cette liberté de choix, notamment en assurant l'accès de toutes les femmes à l'information ».

L'information est également nécessaire concernant le processus de recours à **l'IVG médicamenteuse** et ce qu'il implique. L'IVG médicamenteuse repose sur la prise de comprimés abortifs, en deux fois, à 48 heures d'intervalle. Le deuxième comprimé se prend **souvent en dehors d'un accompagnement médical**. Or, celui-ci enclenche des contractions et des saignements qui peuvent être abondants, puis la perte de caillots de sang sur une durée pouvant s'étendre sur plusieurs heures. Certaines femmes font des malaises. Ce moment peut être extrêmement douloureux, surtout lorsque les femmes sont seules à ce moment-là. Si les ressentis peuvent réellement différer d'une femme à l'autre, il n'en demeure pas moins la nécessité de garantir un accompagnement à ce moment-là du processus, pour éviter des répercussions sur la santé mentale de celles qui y ont recours.

Si le Parlement réuni en Congrès le lundi 4 mars 2024, a garanti la liberté des femmes de recourir à l'IVG en l'inscrivant au sommet de la hiérarchie des normes – dans la Constitution – il n'en demeure pas moins que **l'effectivité d'accès à ce droit reste entravée et**

¹⁸² Véronique Séhier rapporteure, « Droits sexuels et reproductifs en Europe : entre menaces et progrès », Conseil économique, social et environnemental, novembre 2019.

inégal. Dans une étude de l'Ifop pour le Planning familial en 2024¹⁸³, les femmes interrogées estiment que le jugement d'autrui (professionnelles et professionnels de santé et entourage) et le manque de structure sont les principaux freins d'accès à une IVG.

En propos liminaire, il est important de mentionner **qu'en 2016, 1 070 756 femmes déclarant avoir besoin d'une contraception en France n'y ont pas accès**¹⁸⁴. C'est l'équivalent de la population féminine des villes de Marseille, Lyon, Toulouse et Bordeaux réunies. Si l'inscription de la liberté des femmes à recourir à une IVG dans la constitution est une étape importante, elle ne doit pas occulter les enjeux contraceptifs, la maîtrise de leur fécondité n'étant toujours pas garantie à toutes les femmes en France.

Toutefois la contraception ne suffit pas à maîtriser sa fécondité puisque, selon Santé Publique France, **72 % des femmes qui avortent sont sous contraception**. L'accès à l'IVG est un droit fondamental qui doit donc être garanti aux femmes. Or selon un rapport du Sénat de 2021, **18 % des femmes métropolitaines réalisent leurs IVG hors de leur département de résidence**¹⁸⁵. Ce chiffre rend compte des difficultés d'accès aux soins sur certains territoires. La désertification médicale touche particulièrement le recours à la

gynécologie et l'obstétrique, le nombre de maternités ayant été divisé par trois en quarante ans. A cet égard, une enquête du ministère de la santé publiée en septembre 2019 met en lumière d'importantes disparités territoriales : le délai moyen d'attente variant de 3 jours dans les territoires les mieux lotis, 11 jours dans les territoires disposant le moins de moyens matériels et humains pour pratiquer les IVG¹⁸⁶.

A cela s'ajoutent les **fermetures de plusieurs structures** ces dernières années. Le Planning familial estime que depuis quinze ans, 130 centres d'IVG ont fermé leurs portes¹⁸⁷. Le journal Le Monde a, de son côté, dénombré la fermeture de 45 établissements hospitaliers pratiquant l'IVG entre 2007 et 2017¹⁸⁸. Les centres d'orthogénie étant principalement adossés aux maternités des hôpitaux publics, la dynamique de restructuration hospitalière et de spécialisation des maternités (comme nous le verrons dans la partie III, le nombre de maternités en France entre 1996 et 2019 est passé de 814 à 461, selon la Drees¹⁸⁹) a mécaniquement provoqué une baisse des centres d'IVG dans les hôpitaux publics. Il est donc nécessaire d'assurer sur tout le territoire des centres décorrélés des maternités¹⁹⁰ où il est possible de pratiquer des IVG.

Nadine Marchand, directrice du Planning familial 35, indique « *En milieu rural,*

183 Etude Ifop pour Le Planning Familial, « L'accès des françaises à l'avortement », juillet 2024.

184 Santé publique France, 2016.

185 Jean-Michel Arnaud, Bruno Belin, Mme Nadège Havet, M. Pierre Médevielle, Mmes Marie-Pierre Monier, Guylène Pantel, Raymonde Poncet Monge et Marie-Claude Varailas, sénateurs et sénatrices, Rapport d'information du Sénat sur la situation des femmes dans les territoires ruraux, octobre 2021.

186 Marie-Noëlle Battistel et Guillaume Gouffier-Cha, Député.es, Rapport d'information de l'Assemblée nationale sur la constitutionnalisation de l'interruption volontaire de grossesse, novembre 2022.

187 Assma Maad et Romain Imbach, « Accès à l'IVG : dans la pratique, des obstacles perdurent en France », Le Monde, 28 février 2024.

188 *Ibid.*

189 Direction de la recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES), « Les établissements de santé », édition 2021.

190 Cette décorrélation est demandée par plusieurs mouvements féministes dans la mesure où pratiquer une IVG dans un service de maternité peut constituer pour certaines femmes une violence supplémentaire.

des femmes mettent parfois plusieurs semaines avant de toquer à la bonne porte, elles se heurtent à des centres fermés pendant les vacances ou en manque de personnel¹⁹¹. Il est également rapporté que le délai légal pour avorter est passé de 14 à 16 semaines d'aménorrhée, mais qu'en réalité très peu d'hôpitaux réalisent des interventions après 14 semaines¹⁹².

Aux difficultés d'accès à l'IVG de manière égale sur le territoire s'ajoutent encore trop souvent les **difficultés dans la mise en pratique de l'acte par les médecins** et leur position à son égard. Selon l'étude de l'IFOP pour le Planning familial en 2024¹⁹³, ce sont 2 femmes sur 3 (63 %) ayant eu recours à un avortement qui trouvent que la peur d'être jugée ou d'avoir des remarques de la part des professionnelles et professionnels ou de l'entourage est un frein à l'accès des femmes à l'IVG. De même, elles sont 39 % à estimer que la clause de conscience utilisée par les professionnelles et professionnels pour refuser cet acte, peut être un frein pour certaines femmes à accéder à une IVG. Enfin 1 femme sur 3 a ressenti des pressions lors de l'avortement (de la part des mouvements anti-choix, des professionnelles et professionnels de santé ou de leur entourage). Que la position des médecins soit une entrave pour un certain nombre de femme montre que **la loi ne suffit pas à garantir une IVG aux femmes**.

Le tabou est encore grand et les stigmatisations persistantes.

4. L'interruption médicale de grossesse (IMG)

Les femmes doivent parfois s'orienter vers une interruption de grossesse due à des raisons médicales. La loi Veil, n°75-17 du 17 janvier 1975, relative à l'interruption volontaire de grossesse régit également le cadre légal de l'interruption médicale de grossesse (IMG). Cette interruption de grossesse peut être « *pratiquée si deux médecins attestent, après examen et discussion, que la poursuite de la grossesse met en péril grave la santé de la femme ou qu'il existe une forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une affection d'une particulière gravité reconnue comme incurable au moment du diagnostic* »¹⁹⁴. Elle n'est pas soumise à des délais et peut se pratiquer jusqu'à la fin de la grossesse.

La demande d'IMG est faite, le plus souvent, dans le cadre d'une anomalie grave détectée sur le fœtus (maladies particulièrement graves génétiques, infectieuses ou malformatives). Dans 10 à 20 % des cas, la demande est motivée par un risque de santé grave pour la mère.

- La procédure est rigoureuse et sa réalisation nécessite une attestation médicale et l'accord de la femme enceinte :
- Les membres de l'équipe du centre pluridisciplinaire de diagnostic

¹⁹¹ La Déferlante, « Avorter, une lutte sans fin », n°13, mars 2024.

¹⁹² *Ibid.*

¹⁹³ Etude Ifop pour Le Planning Familial, « L'accès des françaises à l'avortement », Juillet 2024.

¹⁹⁴ Article L162-12 du Code de la santé publique.

prénatal se concertent et rendent leur avis sur la malformation ou la pathologie fœtale qui motive la demande d'IMG. Au terme de la concertation, s'il apparaît à deux médecins que le risque de malformation est fondé, ils produisent l'attestation médicale permettant l'IMG.

La femme enceinte concernée doit bénéficier d'une information complète et donner son accord pour la réalisation de l'IMG.

5. Le deuil périnatal

Selon l'OMS, le deuil périnatal est la perte d'un bébé entre 22 semaines d'aménorrhée et le 7^e jour de vie après la naissance. Elle peut être spontanée ou provoquée, à la suite de la découverte d'une anomalie fœtale grave. Depuis un décret de 2008¹⁹⁵, la reconnaissance d'un enfant né sans vie est possible dès 14 semaines d'aménorrhée révolues. Cette reconnaissance a constitué une avancée majeure pour les parents endeuillés et à qui l'état civil reconnaît pleinement l'enfant comme tel.

- A cet égard, le deuil périnatal ouvre des droits aux parents :
- Un certificat médical d'accouchement peut être produit (qu'il s'agisse d'un accouchement spontané ou provoqué pour raison médicale) ;

La déclaration de l'enfant à l'état civil grâce à l'établissement d'un acte de naissance et de décès par l'officier de l'état civil est possible. Une loi de 2021¹⁹⁶ vient élargir les droits des parents qui peuvent également faire « *figurer, à la demande des père et mère, le ou les prénoms de l'enfant ainsi qu'un nom qui peut être soit le nom du père, soit le nom*

de la mère, soit leurs deux noms accolés dans l'ordre choisi par eux dans la limite d'un nom de famille pour chacun d'eux ».

L'OUVERTURE DE DROITS

De plus, cet acte ouvre des droits sociaux puisqu'à partir de 22 semaines d'aménorrhée ou si le poids de l'enfant est supérieur à 500 grammes, les parents **peuvent bénéficier des prestations sociales prévues pour toute naissance**, et notamment de la prime de naissance *via* leur CAF (Caisse d'allocations familiales) ou MSA (Mutualité sociale agricole). Ils peuvent également **bénéficier de la prime à la naissance** si l'accouchement (ou l'interruption de la grossesse) intervient à une date postérieure ou égale au 1^{er} jour du mois civil suivant le 5^e mois de grossesse ou si l'accouchement (ou l'interruption de la grossesse) intervient avant cette date pour un enfant né vivant et viable. De même fiscalement, les enfants nés sans vie peuvent être pris en compte dans la détermination du nombre de parts pour la déclaration d'impôt de l'année de la naissance.

Par ailleurs, pour un accouchement avant les 22 semaines d'aménorrhée, les parents peuvent avoir un arrêt de travail indemnisé par la caisse d'assurance maladie. Au-delà des 22 semaines (ou si le poids de l'enfant est supérieur à 500 g), **les congés maternité et paternité sont octroyés dans leur totalité.**

En matière de santé mentale, selon la psychiatre, Sarah Tebeka¹⁹⁷, « *aujourd'hui, le deuil périnatal est beaucoup soutenu par des associations comme Agapa, qui font un travail exceptionnel. Globalement, en psychiatrie périnatale, la pair-aidance, les associations de patients font un*

¹⁹⁵ Décret n° 2008-800 du 20 août 2008 relatif à l'application du second alinéa de l'article 79-1 du code civil.

¹⁹⁶ Loi n° 2021-1576 du 6 décembre 2021 visant à nommer les enfants nés sans vie.

¹⁹⁷ Audition de la Docteure Sarah Tebeka par la Délégation aux droits des femmes et à l'égalité du Cese, le 28 janvier 2025.

travail monstrueux. C'est très complémentaire de tout ce qu'on peut proposer du point de vue hospitalier ou dans le soin. Il faut de la synergie entre ces associations et le système de soins ».

L'ACCOMPAGNEMENT DES PARENTS DANS LE DEUIL PÉRINATAL

Chaque année, en France, entre 7 000 et 8 000 familles sont touchées par la perte d'un enfant dans la période périnatale¹⁹⁸.

Le deuil périnatal est une expérience particulièrement difficile pour les parents qui se sont projetés dans une nouvelle parentalité tout au long de la grossesse. Ce moment est d'autant plus complexe à gérer quand les parents ont dû prendre eux-mêmes une décision importante, comme, par exemple, décider de la réanimation ou non d'un enfant risquant de lourdes séquelles.

L'annonce du choix à faire ou du décès du nourrisson peut parfois être très brutale, générant une violence supplémentaire pour les parents, d'où la nécessité de former les personnels soignants à cette éventualité et au meilleur moyen de communiquer des informations d'une telle gravité aux parents.

Même s'il reste des cas où la communication est jugée inhumaine par les parents¹⁹⁹, leur prise en charge par les équipes médicale a beaucoup progressé, souvent à l'initiative des sages-femmes et puéricultrices. On laisse désormais

par exemple, dans certaines maternités, plus de temps aux parents pour rester auprès du nourrisson décédé. Cela nécessite un équipement spécial (matelas réfrigéré) qui a un certain coût dans lequel certains établissements ne souhaitent pas investir, ce qui fait que la France semble en retard sur les pays anglo-saxons dans cette pratique. D'une manière plus générale la mort du nouveau-né reste encore assez taboue même s'il y a eu d'énormes progrès. Il y a encore une vingtaine d'année la mort d'un nourrisson n'était pas considérée, son existence niée.

Progressivement les maternités se sont dotées de cellules de soutien psychologique et désormais, il est systématiquement proposé aux parents de garder, s'ils le souhaitent, des traces de leur nourrisson : bonnet, doudou, bracelet de naissance. Des pratiques comme la prise d'empreintes des mains et des pieds du bébé peuvent aussi être proposées. Les parents sont libres soit de laisser le nouveau-né à l'hôpital soit d'avoir recours par eux-mêmes à une entreprise funéraire.

La sortie de la maternité reste une étape compliquée pour les parents et l'offre de soin pour qu'ils ou elles soient accompagnées est très inégale selon les territoires. Heureusement, comme indiqué *supra*, des associations se sont créées autour du deuil parental, des espaces de parole et de partage des vécus comme l'association Agapa²⁰⁰

198 Catherine Rollot, Le Monde, Deuil périnatal, « il était évident pour moi d'avoir des photos de mon fils pour ne pas oublier ses traits », 17 mai 2025.

199 Antony Cortes et Sébastien Leurquin, « 4,1 Le scandale des accouchements en France », Buchet-Chastel 2025.

200 Agapa - soutien et écoute IVG, IMG, deuil périnatal, fausse couche, décès à la naissance

spécialisée dans l'accueil, l'écoute et le soutien des personnes confrontées au deuil périnatal. L'association est aussi investie dans la formation des personnels et aussi dans la sensibilisation du grand et public et des entreprises. Ces dernières sont notamment sensibilisées sur le retour au travail, qui est période particulièrement délicate.

L'association « Souvenance » regroupe pour sa part 165 bénévoles et a été déclarée d'intérêt général en 2015. Elle intervient dans les maternités dans les 72 heures suivant le décès du nourrisson et propose des photographies de l'enfant. En amont de leur engagement, chaque bénévole reçoit une formation sur le deuil périnatal et un certain nombre d'instructions précises cadrant leurs

gestes (nombre et type de photos, attitude vis-à-vis de l'enfant, des parents...) ²⁰¹.

Certains parents conduisent aussi des actions en justice lorsqu'ils estiment qu'il y a eu une faute médicale. L'association Atide (accouchement traumatique invalidité et décès de l'enfant) les accompagne dans la reconnaissance des erreurs du système de santé. Des membres de cette association estiment que seules les affaires portées en justice sont susceptibles de faire changer les pratiques car en réalité, dans la très grande majorité des cas, la faute n'est pas reconnue. Des procédés de médiation sont aussi initiés entre parents et équipes médicales pour éviter la judiciarisation de certaines affaires.

C. L'accouchement et l'après grossesse

1. Les accouchements inopinés

Les femmes qui vivent à plus de 30 km d'une maternité ont deux fois plus de risques d'accoucher en dehors d'un hôpital que celles qui vivent plus près. Pour de tels accouchements extrahospitaliers, les taux de mortalité néonatale seraient quatre fois plus élevés lorsque la maternité la plus proche est à plus de 45 km ²⁰². Ces accouchements représenteraient 0,5 % de la totalité. Les risques d'accoucher de manière inopinée est deux fois plus important en zone rurale qu'en zone urbaine.

2. Le souhait croissant des femmes envers des accouchements moins médicalisés

Le principal souhait des parturientes, selon la mission d'information du Sénat, est celui d'un suivi personnalisé en pré et post-natal comme en salle de naissance. Cela conduit nombre d'entre elles à souhaiter accoucher dans un cadre plus naturel, moins médicalisé, accompagnées par une sage-femme dans laquelle elles ont confiance. Cette demande est susceptible de créer des tensions entre un accouchement physiologique peu médicalisé et l'exigence de sécurité. Les femmes souhaitent également bénéficier d'une prise en charge de proximité. Cette demande de proximité s'apparente à un besoin de **prise en charge individualisé pour se réapproprier la naissance**.

201 Catherine Rollot, Le Monde, Deuil périnatal, « il était évident pour moi d'avoir des photos de mon fils pour ne pas oublier ses traits », 17 mai 2025.

202 Blondel, B. « Les maternités en milieu rural : bénéfices et inconvénients de la fermeture des maternités de proximité ». Revue de Médecine Périnatale, 2017/3.

LES MAISONS DE NAISSANCE

La demandes d'accouchements plus naturels, voire à domicile, tendent donc ces dernières années à s'accroître, nécessitant une adaptation de l'offre de soins que tous les territoires ne sont pas en mesure de proposer. Ce souhait d'accoucher hors structure médicale est considéré par certains professionnels comme étant risqué alors que pour d'autres, ainsi que pour certaines parturientes, l'accouchement est physiologique et se passe généralement sans complication. En effet, le rapport de la mission d'information du Sénat souligne que 12 % des femmes auraient aimé opter pour un accouchement non médicalisé sans avoir pu en bénéficier²⁰³.

Il existe des espaces de naissance qui s'apparentent plus à un domicile qu'à un hôpital tout en assurant un certain niveau de sécurité, types **maisons de naissance** ou, au sein des maternités, de **salles « physiologiques »** dans un environnement moins médicalisé. L'extension de ces dispositifs à l'ensemble des territoires est revendiquée par le collectif interassociatif autour de la naissance (Ciane) mais le manque de personnels, et notamment de sages-femmes, reste un obstacle à leur généralisation.

Dans le cadre d'une expérimentation lancée en 2013, huit maisons de naissance ont ouvert en 2015 puis ont été pérennisées en 2020 après un bilan positif. Ces structures permettent un accouchement physiologique pour les grossesses à bas risque sous la surveillance d'une sage-femme. Elles sont accolées à un établissement hospitalier afin de permettre une prise en charge rapide en cas de complications. Au total

800 accouchements sont réalisés au sein de maisons de naissance chaque année. « Un chiffre largement inférieur à la demande selon le collectif des maisons de naissance françaises qui met en avant un sondage Ipsos de 2020 selon lequel une femme sur cinq souhaiterait accoucher en maison de naissance. Selon le Ciane, 75 % des femmes à Paris qui souhaiteraient accoucher en maison de naissance se voient opposer un refus par manque de places, et 30 à 50 % des femmes dans les autres régions sont dans le même cas »²⁰⁴.

LES ACCOUCHEMENTS À DOMICILE

L'accouchement à domicile (AAD) est un accouchement physiologique réservé aux femmes à bas risque obstétrical et pratiqué par une centaine de sages-femmes diplômées d'État en France. Selon une enquête de l'association de professionnels et professionnelles de l'accouchement accompagné à domicile (Aaad) citée par la mission d'information sur la périnatalité, entre 2018 et **2022, 5000 femmes ont accouché à leur domicile**. 10 à 15 % des accouchements à domicile font *in fine* l'objet d'un transfert vers un établissement de santé.

« Au-delà du souhait de certaines femmes de rester chez elles, l'attrait pour ce mode d'accouchement s'explique également par l'accompagnement global qui lui est associé. En effet, chaque femme a sa propre sage-femme, qui l'accompagne des premiers jours de grossesse jusqu'à la période post-natale et qui est présente durant toute la durée du travail et de l'accouchement. Le collectif de défense de l'AAD (met) en avant la sécurité à la fois physique

203 Mme Véronique Guillotin, rapporteure, Rapport de la mission d'information, « Santé périnatale et son organisation », Sénat, septembre 2024.

204 Mme Véronique Guillotin, rapporteure, Rapport de la mission d'information, « Santé périnatale et son organisation », Sénat, septembre 2024.

et émotionnelle apportée par cet accompagnement ».

Selon la mission d'information, se développent également des **pratiques d'accouchement non assisté à domicile**, où les parturientes accouchent seules ou avec des personnes sans formation spécifique et sans sécurisation.

Si la loi autorise la déclaration d'un enfant né à domicile, certains couples ayant fait ce choix semblent avoir été confrontés à la difficulté de faire reconnaître leur enfant à l'État civil. En effet dans certains cas, des municipalités refusent d'établir l'acte de naissance s'il n'y a pas eu de certificat médical attestant la naissance. Relayés par la presse, ces faits semblent s'être produits sur de nombreux territoires, allant jusqu'à des enregistrements tardifs après la multiplication des refus, l'inspection de la PMI avec l'impossibilité d'obtenir les prestations de la CAF²⁰⁵. Légalement, l'attestation du père suffit pourtant à établir l'enregistrement du nouveau-né²⁰⁶.

LES SORTIES ACCOMPAGNÉES

Pour les femmes souhaitant accoucher dans la sécurité d'un établissement hospitalier mais qui désirent regagner rapidement le domicile, un système d'accompagnement a été mis en œuvre. Il ne peut toutefois être actionné que si l'accouchement s'est déroulé à terme, sans encombre et que la mère et l'enfant sont en bonne santé. Elles seront alors suivies par une sage-femme libérale de leur choix.

Proposé depuis 2010 **pour accompagner les femmes à domicile après leur accouchement**, le service Prado est aujourd'hui en principe proposé en priorité pour les mères quittant la maternité avec leur nouveau-né dans le cadre d'une sortie précoce (c'est-à-dire dans les 24 à 72 heures après un accouchement par voie basse ou dans les 96 heures après une césarienne).

Un conseiller ou une conseillère de l'Assurance maladie organise le premier rendez-vous avec la sage-femme. Il peut effectuer pour le compte de la mère un certain nombre de démarches administratives dont l'immatriculation du nouveau-né. Trois rencontres sont prévues avec la sage-femme, dont deux obligatoires. Cela permet un suivi clinique de la mère et de l'enfant et, si besoin, une facilitation de l'établissement du lien mère-enfant.

205 Compte Instagram : <https://www.instagram.com/reel/DJQs10ZRLeF/?igsh=MTFnZDd3bXZwMjJ2ZQ==>
« Né à domicile sans assistance médicale ce bébé n'a pu être déclaré à l'État qu'à ses 6 mois » Ouest France 9 janvier 2023 ou Indre et Loire, 3 mois après sa naissance un bébé né à la maison toujours pas inscrit à l'État civil 27 septembre 2022 TF1 infos Indre-et-Loire : trois mois après sa naissance, un bébé né à la maison toujours pas inscrit à l'état civil | TF1 Info.

206 Article 56 du code civil : « La naissance de l'enfant sera déclarée par le père, ou, à défaut du père, par les docteurs en médecine ou en chirurgie, sages-femmes, officiers de santé ou autres personnes qui auront assisté à l'accouchement ; et lorsque la mère sera accouchée hors de son domicile, par la personne chez qui elle sera accouchée ».

Toutefois, selon un document remis par l'équipe de la maternité du centre hospitalier Delafontaine à Saint Denis, peu à peu depuis 2020 **le dispositif Prado se désengage des sorties accompagnées de maternité**. C'est pourquoi la maternité a mis en place un autre dispositif de coordination pour l'accompagnement du retour à domicile des patientes en suite de couches et de leur nouveau-né. Un secrétariat dédié a été créé à la maternité en lien direct avec l'équipe de suites de couches (sage-femme, pédiatre, obstétricien) qui a accompagné le couple mère-enfant depuis la naissance. Il est opérationnel depuis juin 2022. Un rappel systématique des parturientes à 48h après la sortie de la maternité a été mis en place, ce qui semble avoir été particulièrement utile pour le public très précaire pris majoritairement en charge dans cet établissement. En 2023 le dispositif a été proposé à 2 646 patientes, 70 % d'entre elles en ont bénéficié, les autres n'étant *in fine* pas éligibles au dispositif (patientes sans domicile fixe, sans couverture sociale, hors réseau départemental -ce qui ne permettait pas de faire le lien avec une sage-femme libérale du secteur) ou ayant été réorientées vers des PMI.

La situation particulière des mères et parents en période de Covid :

Vivre une grossesse et un accouchement pendant la pandémie de Covid-19 a été une épreuve particulièrement douloureuse pour nombre de femmes et de parents.

Tout d'abord, l'isolement imposé pour se protéger du virus, -les femmes enceintes étant considérées comme particulièrement vulnérables-, a été assorti d'un stress et d'une peur générés par le virus.

De plus, les cours de préparation à l'accouchement et au retour à la maison, essentiels aux futures mères et parents, ont souvent été annulés, ne permettant pas aux femmes d'obtenir des informations précises et rassurantes. Plus tard, les cours ont été remis en place, sans présence du père ou du co-parent, charge à la femme enceinte de transmettre toutes les informations recueillies. Les rendez-vous médicaux ou paramédicaux étaient strictement limités, et les moments de loisirs en extérieur, interdits.

Concernant les conditions d'accouchement, les pratiques les plus souvent dénoncées ont eu lieu pendant la première période de pandémie.

C'est le cas du port du masque obligatoire pendant le travail d'accouchement ainsi que le refus de la présence d'une ou d'un accompagnant, même du père ou la compagne, pendant la phase de travail, voire de l'accouchement. Ces deux pratiques ont été particulièrement difficiles à vivre pour les femmes qui ont été contraintes d'accoucher seules et masquées (pour la première période de pandémie), et pour les pères ou co-parents qui n'ont pu assister à ce moment particulier, même masqués. D'autres ont eu l'autorisation d'assister à la dernière phase de l'accouchement seulement.

Pour les femmes en première période de pandémie testées positives au Covid-19, les pratiques ont été particulièrement difficiles à vivre en plus de celles évoquées plus haut. A titre d'exemple, le recours à la césarienne de manière systématique pour les femmes positives au Covid-19 a été dénoncé, ainsi que le recours à des instruments plus régulièrement pour éviter des efforts trop intenses. D'autres encore ont été séparées de leur nouveau-né pendant parfois deux semaines le temps de ne plus être positives au Covid-19, assorties d'une contre-indication à l'allaitement.

Idem pour les suites de couche : les visites à la maternité ont été interdies, y compris du père ou co-parent, ou elles ont été extrêmement limitées. Pour les femmes seules, il n'y a pas eu de relais, pas de partage des tâches auprès de l'enfant, un sentiment d'isolement et de solitude très prégnant. Au retour à la maison, il n'y a pas eu de possibilité de rencontrer le reste de la famille compte-tenu des restrictions de déplacements.

La deuxième période de pandémie a permis d'abandonner nombre de ces pratiques. Cependant, les conséquences sur la santé mentale et la santé physique des femmes ont été bien documentées, les regrets et le sentiment d'une « maternité volée²⁰⁷ » peuvent encore peser dans les récits qui émaillent cette période d'état d'urgence sanitaire.

207 Rozée, V. et Schantz, C. (2023). Accoucher pendant la pandémie du Covid-19 en France : d'un « tout s'est bien passé » au sentiment d'une maternité volée. *Sciences sociales et santé*, 41(4), 43-70. <https://doi.org/10.1684/sss.2023.0259>.

D. Les femmes particulièrement exposées

Pour un certain nombre de femmes, la périnatalité est une période susceptible de les fragiliser plus encore du fait d'une situation initiale difficile. Parmi elles, les femmes précaires, à la rue, celles victimes de violences sexistes et sexuelles, les personnes migrantes, les femmes dans les lieux de privation de liberté etc. Concernant les personnes porteuses de handicap, la maternité peut être un vrai parcours de la combattante du fait de l'inadaptation des équipements, des locaux et du regard porté sur leur capacité à avoir et à s'occuper d'un enfant.

1. Femmes précaires et à la rue

- Les femmes en situation de grande précarité désignent celles pour lesquelles il y a un ou plusieurs de ces éléments ²⁰⁸ :
- Une instabilité de logement, une absence de logement, une absence de revenu et une marginalisation ;
- Une situation administrative fragile : situation irrégulière, demandeuses d'asile, nationalité étrangère, sans accès au logement ou/et à la santé et difficultés de s'orienter dans le système de soins ;
- Un parcours migratoire traumatique ;

- Une exposition aux violences.

Le HCE dans un rapport de 2017²⁰⁹ constate que de nombreuses études, françaises et étrangères, mettent en évidence une **corrélation entre pauvreté, précarité et l'augmentation de l'incidence des pathologies périnatales**. C'est particulièrement le cas pour la prématurité, le retard de croissance intra-utérine, les souffrances aigües, les infections, un risque de morbidité néonatale plus élevé et d'éventuelles séquelles à long terme.

Le renoncement aux soins des femmes précaires s'explique de plusieurs manières : absence de couverture sociale, menace de déménagement et d'expulsion de camps/squats pouvant entraîner des ruptures de soins, priorités sur les besoins primaires de survie (se nourrir, se vêtir, trouver un toit, se mettre en sécurité), des documents administratifs manquants, la barrière de la langue, ou encore la peur d'être repérées par des conjoints violents et la peur qu'on leur prenne leur enfant.

Estelle Kramer, sage-femme en PMI à Paris a indiqué lors de son audition devant la délégation²¹⁰, que les familles consultant en PMI sont en quasi-totalité des familles vulnérables et le plus souvent en situation de précarité. Qu'elles soient seules,

208 Haute Autorité de Santé, « Situation particulière de vulnérabilité : femme enceinte en grande précarité sociale », Recommander les bonnes pratiques, janvier 2024.

209 Geneviève Couraud et Gilles Lazimi, rapporteur-es, « Santé et accès aux soins : une urgence pour les femmes en situation de précarité », Haut Conseil à l'Égalité, Rapport n°2017-05-29-SAN-O27

publié le 29 mai 2017.

210 Audition de Mme Estelle Kramer, sage-femme, direction de la santé publique, service Protection Maternelle et Infantile à la Ville de Paris, par la délégation aux droits des femmes et à l'égalité du CESE le 25 mars 2025.

isolées, migrantes récentes ou sur le territoire depuis plusieurs années, toutes ces femmes, quasiment, ont été victimes de violences à un moment de leur vie. Elle reçoit également des jeunes femmes mineures ou jeunes adultes en situation de marginalité, fragilisées par des histoires traumatiques notamment un certain

nombre du fait de déplacements dans le cadre de l'ASE qui n'ont pas toujours été satisfaisants.

La maternité du centre hospitalier Delafontaine de Saint Denis a pour sa part mis en place un dispositif particulier pour les femmes en errance : l'unité patientes en errance (UPE).

L'Unité « patientes en errance » du centre hospitalier de Saint-Denis :

Partant d'un projet expérimental, l'UPE prend en charge des femmes en errance en situation de grossesse, qui ne bénéficient pas des parcours de soins classiques en ville ou dans les services de PMI. Cette prise en charge nécessite aussi de rechercher le plus en amont possible une solution d'hébergement pour éviter l'occupation artificiellement prolongée de lits qui ne peuvent plus accueillir d'autres parturientes. Elle consiste aussi en la mise en place d'un suivi médical et psychologique et de l'accompagnement social de la mère et du nouveau-né pour réduire l'impact de l'errance sur le parcours de périnatalité, coordonner l'intervention des différents acteurs hospitaliers, de ville et de l'hébergement à travers un accompagnement social renforcé et enfin d'accroître la prévention dans le champ de la protection de l'enfance.

Les différentes professionnelles et professionnels se réunissent une fois par semaine pour échanger autour du suivi des patientes nécessitant une surveillance particulière. Une assistante sociale assure un accompagnement social dédié pour favoriser l'accès aux soins, œuvrer pour la stabilisation sociale et l'ouverture des droits alors qu'une psychologue assure l'accompagnement psychologique durant la grossesse et la période post natale tout en essayant d'accompagner également les pères²¹¹. L'objectif est donc de construire une continuité des suivis des patientes en errance en pré et post natal.

Sur l'année 2024, 75 patientes ont bénéficié du dispositif UPE. 49 % d'entre elles avaient subi ou subissaient des violences. 31 % d'entre elles présentaient une grossesse compliquée avec une pathologie. 61 % de ces grossesses pathologiques étaient dues au diabète. Une diététicienne a été engagée à plein temps pour suivre ces femmes, des ateliers de cuisine ont été mis en place : « *cuisiner avec peu d'ustensiles* » « *s'alimenter au quotidien* » etc. La diététicienne est aussi chargée de prendre contact avec les associations d'aide alimentaire pour la distribution de colis pour les femmes hébergées au 115.

²¹¹ La brochure dédiée à l'UPE indique l'importance d'une prise en charge plus inclusive de la parentalité et la reconnaissance des besoins d'écoute du père souvent marqué, dans le public des femmes errantes, aux mêmes violences et insécurités que leur compagne.

La brochure du centre hospitalier Delafontaine indique : « *La précarité sociale et le sans-abrisme pendant la grossesse est une source de détresse évidente pour l'ensemble des patientes. Cette situation de vulnérabilité s'ajoute à une multitude d'autres facteurs fragilisants qui jalonnent le parcours de ces femmes. Les défis engendrés par cette réalité complexe peuvent sérieusement entraver l'investissement maternel pendant la grossesse. Dans les cas les plus graves, ces inquiétudes omniprésentes peuvent compromettre la capacité de la patiente à s'engager émotionnellement dans sa grossesse, entraînant un dysfonctionnement des processus de réverie maternelle. L'errance est en effet souvent conditionnée par une multiplicité de facteurs au rang desquels figurent : une vulnérabilité psychologique individuelle ou une maladie psychiatrique, des psycho-traumatismes isolés ou répétés, une désaffiliation sociale, la précarité sociale. Les troubles entravent les capacités d'insertion. De nombreuses patientes en errance, du fait de l'adversité, atteignent un tel niveau de découragement qu'elles traversent des états dépressifs de type mélancoliques avec ralentissement psychomoteur, passivité, abandon dans la dépendance. Les facteurs aggravants tels que la violence de l'entourage doivent aussi être évalués... ».*

Focus sur les femmes victimes de violences :

Estelle Kramer insiste sur la problématique majeure de **l'interaction entre violences et précarité**. « *Les femmes en situation de violence, que ce soit dans l'enfance, intrafamiliales, inceste, violences conjugales et/ou sexuelles, ont plus de risque par la suite de se retrouver dans une situation de précarité parce qu'il y a cette vulnérabilité qui a été engendrée par les violences.* » De même, les femmes en situation de précarité ont plus de risque de subir à nouveau des violences.

La sage-femme constate des conséquences importantes sur la santé psychique et physique de ces femmes avec un impact très important pour la grossesse, pour l'enfant à naître, et pour la parentalité. « *Les femmes en situation de précarité vont souffrir quasi constamment d'un sentiment de honte et de culpabilité d'être dans ces situations, et assez souvent de troubles psychiques du type symptômes dépressifs ou de symptômes post-traumatiques. Elles n'ont pas le temps d'aborder ces sujets puisqu'elles sont en situation de précarité, donc centrées sur d'autres problématiques* ».

La plupart du temps ces femmes n'ont pas eu accès aux soins spécifiques qui pourraient diminuer l'impact de la violence sur leur santé. Souvent, elles méconnaissent leur état de santé, la violence ayant pour effet d'entraîner des phénomènes post-traumatiques et de dissociation. Lorsqu'elles se préoccupent de leur santé, l'accès aux soins de manière régulière est aussi plus entravé. Estelle Kramer note des difficultés de se rendre aux rendez-vous car il y a une pression permanente par le conjoint violent. Cela impacte leur grossesse et l'accouchement.

Une autre conséquence pour les femmes victimes de violences conjugales, est que la perspective de faire vivre l'enfant dans un contexte violent rend difficile la projection dans la parentalité. En effet, si les violences persistent, les enfants seront alors aussi victimes, *a minima* en tant que témoins directs.

La Haute Autorité de Santé, dans une fiche pratique de recommandations et d'outils pour faire face à ce phénomène publiée en 2024²¹², affirme que « **la périnatalité ainsi que le post-partum sont des périodes où le risque de violence au sein du couple est augmenté**. Les actes de violence envers les femmes pendant la grossesse affectent de façon directe et indirecte la mortalité et la morbidité de l'enfant et de sa mère ainsi que le lien mère/enfant. »

212 Haute Autorité de Santé, Situation particulière de vulnérabilité : femme enceinte victime de violences au sein du couple », Recommander les bonnes pratiques, janvier 2024.

Les facteurs de renoncements aux soins pour les personnes précaires :

« Les inégalités de santé ne concernent pas uniquement l'accès aux soins mais perdurent dans la prise en charge et le suivi de ces soins, qui est différenciée et discriminante²¹³. »

Dans les facteurs de renoncement ou de rupture de soins, il y a souvent **l'absence de couverture sociale totale ou partielle** de la personne concernée. Couplée à une absence de ressources monétaires, cela pose un problème pour certaines prises en charge, par exemple. Estelle Kramer en donne une illustration :

« Quand la patiente n'a pas de Sécurité sociale, on peut effectuer le frottis, mais si le frottis est pathologique, on a de très grandes difficultés pour trouver le choix suivant qui peut être une colposcopie ou un autre examen, parce que pour les femmes qui n'ont pas de Sécurité sociale, il y a très peu de ressources à Paris. Il n'y a que deux centres où l'on peut les référer dans ces situations. Elles ne peuvent donc pas, en général, bénéficier d'une prise en charge. On est obligé d'attendre qu'elles aient une couverture sociale ou d'attendre le postpartum, où à distance on peut trouver un rendez-vous pour qu'elle soit prise en charge. »

De plus, il est à noter pour le public précaire **une grande difficulté à s'orienter et se repérer entre les différentes structures.**

L'identification des acteurs et actrices en fonction des étapes du parcours de grossesse peut être compliquée. C'est une partie importante du travail des sages-femmes en PMI puisqu'elles ont pour mission de recevoir les femmes, de faire un bilan puis de coordonner leur parcours avec l'ensemble des actrices.

Parfois les difficultés d'orientation et de repérage se couplent de **la barrière de la langue**, entravant les personnes allophones dans leur accès aux soins. Les problèmes de communication pour les femmes exilées avec les professionnelles de santé deviennent d'autant plus importants que les femmes ne disposent pas toujours autour d'elle de tiers capable de traduire ou interpréter ce qui est dit.

Selon les chercheuses Mounia El Kotni et Lucia Gentile²¹⁴, **la différence linguistique** est « **une des causes les plus évidentes des violences obstétricales et gynécologiques envers des femmes étrangères** ». « La communication verbale est très importante dans la prise en charge médicale : la non-maîtrise ou le non-partage d'une lingua franca peut en effet mener à des soins inappropriés ou de moindre qualité et à une discrimination du patient. En particulier, il s'avère très difficile de recueillir un consentement libre et éclairé, explicite et constant, quand la patiente est allophone. »

Par ailleurs, Johanna-Soraya Benamrouche, co-fondatrice de

²¹³ Fable Lab, Projet de recherche « Médiation(s) Santé Femmes ». L'objectif du projet Médiation(s) Santé Femmes est de faciliter l'accès aux soins et la prise en charge des femmes pour qui le français n'est pas la langue première.

²¹⁴ Ibid.

l'Observatoire féministe des violences médicales, met en exergue que selon « l'analyse de la sociologue Alexandra Nacu, **les soignants peuvent avoir tendance à « culturaliser » les patients d'origine étrangère**, c'est-à-dire à expliquer leurs comportements par leur « culture », en confondant d'ailleurs parfois religion, ethnie et culture. **Ces**

préjugés limitent l'autonomie des patientes, particulièrement en matière de consentement éclairé. L'avis des patientes d'origine étrangère est plus rarement demandé, et, lorsqu'il l'est, ces femmes expriment davantage avoir renoncé aux soins à cause de ces problèmes d'accessibilité ».

Il existe trois types de femmes qui refusent d'aller à l'hôpital pour accoucher

- **Les femmes migrantes, sans papier, allophones, qui craignent (parfois sans que la menace ne soit réelle) que leur enfant soit emmené à l'ASE. Il convient de préciser que leur enfant est souvent un enfant issu d'un viol sur leur parcours de migration.**
- **Les femmes qui ont fui leur foyer à la suite de violences et qui ne vont pas à l'hôpital par peur d'être repérées par le conjoint ou la famille violente.**
- **Les femmes SDF victimes de viol et qui veulent garder leur enfant. La plupart des femmes vivant dans la rue sont ou ont été victimes de viol. Elles se cachent pour éviter les agressions.**

Pour toutes ces femmes, il existe ce qu'on appelle improprement les « accoucheuses de rue ». Des femmes qui s'organisent et dont le contact circule par le « bouche à oreille », qui risquent parfois l'emprisonnement pour exercice illégal de la médecine. Elles sont cinq à Paris, une à Marseille. Elles suivent 200 femmes quotidiennement à Paris et 75 enfants. Grâce à des associations, comme l'association Anne Lorient²¹⁵, qui se portent référentes pour la prise en charge des frais, certains enfants à la rue peuvent être scolarisés.

Enfin, **un des déterminants majeurs de précarité pour les femmes enceintes est le logement ou plutôt l'absence de logement** ou de stabilité qui exacerbe la vulnérabilité dont elles font l'objet. Le logement est un aspect absolument fondamental relevé par l'ensemble des professionnelles rencontrées par la délégation.

La sage-femme en PMI Estelle Kramer indiquait, lors de son audition, que les femmes SDF, celles hébergées par des tiers, par le 115, celles qui sont dans des squats d'immeubles sont amenées

à sans cesse se déplacer pour trouver des solutions pour se mettre en sécurité, se nourrir, se vêtir. Cette instabilité d'hébergement les mène parfois à perdre leur dossier médical ou bien à prioriser ce qu'elles estiment être l'essentiel. A cet égard, les rendez-vous médicaux pour le suivi de grossesse ne le sont pas toujours. De même, lorsqu'elles sont suivies, ces femmes peuvent être amenées à changer de professionnelles de santé avec, à chaque fois, la nécessité de raconter de nouveau leur parcours et expériences traumatiques.

²¹⁵ Entretien avec Anne Lorient, fondatrice de l'association Anne Lorient et ancienne SDF, par la Délégation aux droits des femmes et à l'égalité du CESE le 24 avril 2025.

Selon le rapport de l'Observatoire du Samu Social²¹⁶, s'agissant des personnes sans logement « *Les grossesses sont peu suivies ou le sont tardivement, les femmes déclarent vivre leur grossesse souvent seules, sortent de la maternité sans aucun suivi, et sont le plus souvent hébergées à l'hôtel, mode d'hébergement le plus délétère sur les indicateurs de santé mesurés dans cette étude. (...) elles sont souvent en insécurité alimentaire et touchées par la dépression pour une femme sur trois.* »

La PMI joue un rôle fondamental comme un des seuls recours aux soins pour la mère et l'enfant. « *Les femmes ont une PMI de rattachement, souvent dépendante de leur arrivée dans le système d'hébergement : le premier hébergement est déterminant du recours aux soins.* » Nous verrons toutefois dans la dernière partie de l'avis que les PMI ont de plus en plus de difficultés à assurer ces missions qui étaient, à l'origine, leur cœur de métier.

Des solutions doivent donc être trouvées pour les **dizaines de mères qui restent à la maternité plusieurs semaines avec leur nouveau-né faute de solution d'hébergement**, en particulier comme nous l'avons vu à la maternité de Saint-Denis et dans les hôpitaux du nord et de l'est de Paris. **Une expérimentation de lits « halte soins santé pédiatriques » a été lancée dans quatre régions en 2021**, et prolongée jusqu'à

fin 2024, pour les nouveau-nés sans domicile présentant un besoin de santé, ne nécessitant pas d'hospitalisation, mais dont la situation est incompatible avec une vie à la rue. Cependant, **seuls 48 lits sont disponibles**²¹⁷. Ce dispositif mériterait d'être étendu et, plus globalement, **il semble urgent de trouver des solutions d'hébergement non médicalisées pour qu'aucun nouveau-né ne dorme dans la rue.**

Même si des solutions existent (centres d'hébergement d'urgence, centres maternels publics, maison d'accueil maternel grâce aux associations ou bien centres parentaux), le constat reste toujours le même : sans véritable politique de logement pour les personnes démunies, sans un accompagnement des femmes à obtenir leur régularisation lorsqu'elles peuvent y prétendre, ces femmes risquent de continuer à subir les violences masculines, ne pas accéder aux soins ainsi que leurs enfants et d'être entravées dans leur insertion professionnelle. Rappelons qu'aujourd'hui 40 % des personnes SDF sont des femmes et que leur invisibilité dans la rue tient de leur survie.

²¹⁶ Observatoire du Samu Social de Paris, Rapport d'enquête ENFAMS Enfants et familles sans logement personnel en Ile-de-France, octobre 2014.

²¹⁷ Mme Véronique Guillotin, rapporteure, Rapport de la mission d'information, « Santé périnatale et son organisation », Sénat, septembre 2024.

PRÉCONISATION #2

Le CESE préconise que l'État renforce l'offre de logements sociaux et en améliore l'accès pour les femmes en situation de grande fragilité (femmes précaires, femmes à la rue, femmes victimes de violences) et leur(s) enfant(s) en appliquant et renforçant le deuxième plan quinquennal pour le « Logement d'abord (2023-2027) », dédié à la lutte contre le sans-abrisme. En complément, l'État doit également donner les moyens aux collectivités locales de créer des structures d'hébergement adaptées.

2. Femmes en situation de handicap

Le rapport et avis de la délégation « Eduquer à la vie affective, relationnelle et sexuelle²¹⁸ » soulignait que l'autonomie des personnes handicapées et leur accès aux droits sexuels restent des enjeux majeurs. « *Il est nécessaire de renforcer la capacité des personnes en situation de handicap à exprimer leurs choix et leurs limites. Elles ont en effet souvent pris l'habitude de se laisser faire (ou de se laisser faire par des professionnels ne considérant leur corps que comme des simples objets de soins)* ».

Une étude « Handigynéco-IdF »²¹⁹ a été menée en 2016-2017 pour analyser les besoins des femmes en situation de handicap et des professionnelles, recenser l'offre de soins gynécologique et obstétrical accessible et identifier les problématiques d'accès aux soins. Dans le cadre de cette étude, une enquête a été menée sur 1 000 femmes en situation de handicap (34 % avec un handicap moteur, 21 % avec un handicap psychique). Cette étude montre que :

- Seules 58 % d'entre elles déclarent avoir un suivi gynécologique régulier ;
- 85,7 % déclarent ne jamais avoir eu de mammographie, et 26 % ne jamais avoir eu de frottis.

Ces chiffres s'expliquent de plusieurs manières. Selon Sushina Lagouje²²⁰, autrice de « Une grossesse ordinaire » et personne en situation de handicap, les freins majeurs sont **les problèmes d'accessibilité** dans les cabinets de soins privés notamment (tables très hautes, pas d'aide pour porter les personnes, du matériel médical non adapté et non accessible).

218 Cécile Gondard-Lalanne et Evanne Jeanne-Rose, rapporteure et rapporteur, « Eduquer à la vie affective, relationnelle et sexuelle », Conseil économique, social et environnemental, 10 septembre 2024.

219 « HandiGynéco IDF », Diagnostic de la filière de soins gynécologique et obstétricale accueillant des femmes en situation de handicap sur le territoire francilien, avril 2017.

220 Entretien avec Sushina Lagouje, autrice et enseignante handicapée, par la délégation aux droits des femmes et à l'égalité, le 25 avril.

A ces difficultés s'ajoute **l'infantilisation des personnes porteuses de handicaps** qui vivent au quotidien des humiliations diverses, comme le reproche de ne pas avoir bloqué deux créneaux successifs de consultation pour prendre en compte les manipulations qui rendent les examens pratiqués plus longs. Or, bloquer deux créneaux de suite s'avère impossible, surtout lorsque l'examen relève d'une certaine urgence. Sushina Lagouje a indiqué avoir aussi subi des examens invasifs inutiles et compris que sa parole et sa connaissance de sa propre pathologie (en l'occurrence une myopathie) et de son propre corps restaient ignorées. Elle donne l'exemple des prises de sang difficiles dans son cas au regard de la finesse de ses veines. Ses conseils pour la piquer correctement n'ont pas toujours, loin s'en faut, été pris en compte par le personnel médical : *« je connais mon métier, vous n'allez pas me l'apprendre » est une phrase trop souvent entendue.*

Enfin les **violences médicales** ont été nombreuses dans son cas : manipulations brutales, refus de prescriptions diverses et enfin, proposition par un pneumologue de pratiquer une IMG alors que sa grossesse atteignait son second trimestre après de nombreuses ISG.

Sushina Lagouje a également souligné qu'il est encore trop souvent admis, **dans l'imaginaire collectif, que les personnes en situation de handicap sont asexuées.** Dans le prolongement de ce jugement, il n'est pas non plus pensable qu'elles puissent avoir des enfants. Leur liberté sexuelle et reproductive est taboue. Cet imaginaire va avoir d'importantes conséquences pour ces femmes avec pour elles une **crainte d'aller consulter un ou une gynécologue et d'avoir à justifier le besoin de contraception. A cela s'ajoute la crainte de recevoir des conseils de stérilisation.**

Le cas spécifique des stérilisations forcées des personnes porteuses de handicaps :

Tout comme la contraception des femmes en situation de handicap, celle de leur stérilisation demeure un sujet tabou en France alors qu'il peut constituer une violence médicale majeure à leur encontre et une atteinte à leurs droits si la stérilisation n'est pas consentie.

En France, les dernières données disponibles remontent à **1998**. Une enquête réalisée par l'IGAS fait état de près **de 500 cas de ligatures des trompes par an des personnes en situation de handicap**. Cinq ans après, face à la non-actualisation de ces chiffres par l'IGAS, le Sénat s'étonnait déjà dans rapport²²¹, de « l'absence d'intérêt pour la question de la maltraitance des personnes handicapées de la part de l'Inspection générale des affaires sociales ».

En 2001, la loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception vient encadrer la stérilisation à visée contraceptive des personnes handicapées et fixe la procédure :

« La ligature des trompes ou des canaux déférents à visée contraceptive ne peut être pratiquée sur une personne mineure. Elle ne peut être pratiquée sur une personne majeure dont l'altération des facultés mentales constitue un handicap et a justifié son placement sous tutelle ou sous curatelle que lorsqu'il existe une contre-indication médicale absolue aux méthodes de contraception ou une impossibilité avérée de les mettre en œuvre efficacement.

L'intervention est subordonnée à une décision du juge des tutelles saisi par la personne concernée, les père et mère ou le représentant légal de la personne concernée.

*Le juge se prononce après avoir entendu la personne concernée. **Si elle est apte à exprimer sa volonté**, son consentement doit être systématiquement recherché et pris en compte après que lui a été donnée une information adaptée à son degré de compréhension. Il ne peut être passé outre à son refus ou à la révocation de son consentement. (...)*

Il recueille l'avis d'un comité d'experts composé de personnes qualifiées sur le plan médical et de représentants d'associations de personnes handicapées. Ce comité apprécie la justification médicale de l'intervention, ses risques ainsi que ses conséquences normalement prévisibles sur les plans physique et psychologique. »

Toutefois, en France, comme dans le reste de l'Europe, **la pratique des stérilisations ne fait pas l'objet de données statistiques et demeure très opaque**. « Nous soupçonnons qu'il y a probablement des stérilisations effectuées sans réel consentement, à la demande des familles, qui s'arrangent avec le gynécologue », déclare la Dr. Catherine Rey-Quinio, conseillère médicale de l'Agence régionale de santé d'Ile-de-France pour le média Euronews²²².

221 Jean-Marc Juilhard, rapporteur, « Maltraitance envers les personnes handicapées : briser la loi du silence, tome 1, rapport », Rapport n° 339 (2002-2003), tome I, déposé le 10 juin 2003.

222 Lucia Riera Bosqued et Laura Llach Gil pour Euronews, « France : stérilisation des femmes handicapées, le consentement en jeu (épisode 2/5) », juin 2023.

On constate effectivement que le texte de loi n'est pas très clair : « si elle est apte à exprimer une volonté » mais dans la réalité est-il facile de s'assurer du consentement des personnes concernées, notamment lorsque le handicap l'empêche de s'exprimer oralement ?

« Il faut être honnête, ce n'est pas facile du tout. On n'est jamais certain qu'elles aient vraiment compris, puisque leur mode d'expression est assez limité. Lorsque le handicap mental est très profond, il y a parfois des jeunes femmes dont on sait très bien qu'elles ne comprennent pas ce que l'on dit et qu'elles ne peuvent donner leurs avis », admet Ghada Hatem, gynécologue au sein du comité d'experts qui évalue chaque demande de stérilisation²²³.

« En raison de l'opacité du phénomène, il se pourrait bien qu'il soit particulièrement sous-évalué » analyse la journaliste Clotilde Costil, journaliste pour Handicap.fr²²⁴.

Quoi qu'il en soit, à la vue des entretiens pratiqués par la Délégation, **le spectre de la stérilisation forcée est toujours une crainte de la part des femmes en situation de handicap et une des raisons pour lesquelles elles effectuent peu de soins gynécologiques**²²⁵.

L'aspect de la sexualité et de la reproduction des personnes en situation de handicap a également été relevé par Béatrice Idiard-Chamois, sage-femme à l'Institut mutualiste Montsouris à Paris qui a ouvert une clinique spécifiquement adaptée aux femmes en situation de handicap : « il y a un déni de la sexualité dans le corps médical vis-à-vis des personnes en situation de handicap²²⁶ ». Outre les interrogations sur la nécessité d'une contraception ou encore les conseils de stérilisation, certains gynécologues peuvent être des « facilitateurs pour interrompre les grossesses. » A cet égard, la sage-femme, lors de son audition, a

expliqué avoir été témoin d'IMG qui relèveraient de fautes médicales.

De même, parmi les violences médicales, peut être incluse la **pratique systématique des césariennes** pour les personnes en situation de handicap (plus simples et plus rapides pour le corps médical) alors qu'elles ne sont pas toujours nécessaires. La sage-femme relève des difficultés pour certains professionnels de santé qui peuvent être parfois perturbés par l'accouchement par voie basse.

Enfin, selon le rapport de la Défenseure des droits de mai 2025²²⁷, « la pénurie de transports sanitaires et de taxis conventionnés

²²³ Ibid.

²²⁴ Clotilde Costil pour Handicap.fr, « Stérilisation forcée : des pratiques controversées en Europe », septembre 2022.

²²⁵ Entretien avec Sushina Lagouje, autrice et enseignante handicapée, avec la Délégation aux droits des femmes et à l'égalité, le 25 avril.

²²⁶ Audition de Mme Béatrice Idiard-Chamois, sage-femme et personne en situation de handicap, par la délégation aux droits des femmes et à l'égalité du CESE, le 25 mars 2025.

²²⁷ Défenseur des droits, « Prévenir les discriminations dans les parcours de soins : un enjeu d'égalité », Rapport, mai 2025.

et accessibles dans certaines régions contraint les personnes à mobilité réduite à faire appel à une ambulance et, privées de leur fauteuil roulant, à être transportées allongées jusqu'au lieu de soins. Ces conditions dégradées de transport constituent une atteinte à la dignité des personnes en situation de handicap ».

Afin de pallier le manque de suivi des femmes en situation de handicap, un **dispositif appelé « Handigynéco »** a été mis en place par l'agence régionale de santé (ARS) d'Ile-de-France avec des sages-femmes volontaires, pour assurer le suivi gynécologique de femmes qui n'en bénéficient presque jamais. Elles interviennent en établissements médico-sociaux et animent également des ateliers collectifs de sensibilisation à la vie affective et sexuelle et aux violences faites aux femmes, destinés aux personnes handicapées et aux professionnels et professionnelles de ces structures. A cette fin, ils et elles reçoivent une formation au préalable pour développer leurs compétences. Toutefois, selon Mme Idiard-Chamois²²⁸, ces formations sont peu satisfaisantes *« la formation que fait Handigynéco est très pauvre. Handigynéco, c'est ce que l'ARS a prévu pour pouvoir former les sages-femmes, sur trois jours seulement. Elles ne forment que sur un type de handicap et pas sur les spécificités du handicap »*. Toutefois, les professionnelles se réjouissent d'une avancée significative franchie avec la loi de financement de Sécurité sociale pour 2025²²⁹ dans laquelle figure une modification du Code

de la Sécurité sociale : désormais, la **Sécurité sociale devrait couvrir les frais relatifs²³⁰ aux consultations longues de suivi gynécologique et en santé sexuelle** des femmes en situation de handicap résidant dans des établissements et services sociaux et médico-sociaux ainsi **qu'aux séances d'éducation à la vie sexuelle et affective et de sensibilisation aux violences sexuelles et sexistes.**²³¹

Ces dispositifs font entrer dans le droit commun le dispositif Handigynéco.

Cette avancée est une piste d'amélioration du suivi gynécologique des femmes handicapées. Toutefois, elle n'occulte pas les nombreuses autres entraves d'accès aux soins, que ce soient les jugements et préjugés et l'absence de conditions matérielles adéquates systématiquement dans les cabinets privés et encore trop souvent dans les hôpitaux.

L'article 7 de la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées prévoit que *« Les professionnels de santé et du secteur médico-social reçoivent, au cours de leur formation initiale et continue, une formation spécifique concernant l'évolution des connaissances relatives aux pathologies à l'origine des handicaps et les innovations thérapeutiques, technologiques, pédagogiques, éducatives et sociales les concernant, l'accueil et l'accompagnement des personnes handicapées, ainsi que l'annonce du handicap »*.

²²⁸ Ibid.

²²⁹ Article 62 - LOI n° 2025-199 du 28 février 2025 de financement de la Sécurité sociale pour 2025 (1) - Légifrance

²³⁰ Article L.160-8, 5° bis du Code de la Sécurité sociale Section 2 : Dispositions relatives aux prestations (Articles L160-8 à L160-12) - Légifrance

²³¹ Article L1411-6-4 - Code de la santé publique - Légifrance

PRÉCONISATION #3

Le CESE préconise que la formation des professionnelles et professionnels de santé à la prise en charge de la grossesse des personnes porteuses de handicaps et/ou en situation d'obésité soit généralisée, effective et garantie sur tout le territoire pour tous les corps médicaux. En particulier, elle doit intégrer la sensibilisation à l'ensemble des violences médicales, y compris gynécologiques et obstétriques, et la nécessité de mettre à disposition du matériel adéquat ou des solutions de consultation adaptées et personnalisées.

3. Femmes en situation d'obésité

Les risques pour la mère et l'enfant concernant les femmes en situation d'obésité sont plus nombreux. Ils sont d'autant plus importants que l'indice de masse corporelle (IMC) est élevé²³² :

- Les fausses couches sont plus nombreuses ;
- L'hypertension artérielle gravidique est plus fréquente avec risque de prééclampsie ;

- Le diabète gestationnel est également plus fréquent ;
- Le risque de survenue d'une thrombose veineuse (phlébite) est plus élevé.

Pour l'enfant :

- La naissance prématurée est plus fréquente ;
- Le risque de malformations neurologiques, cardiaques, du visage... est augmenté ;
- Le bébé a un poids de naissance élevé (macrosomie) et le surpoids de l'enfant lors de sa croissance est plus fréquent ;
- Le risque de mort in utero (en cours de grossesse) du fœtus est augmenté.

Ces particularités requièrent un traitement spécifique. Pourtant, dans son rapport de mai 2025²³³, la Défenseure des droits reconnaît que **les personnes en situation d'obésité sont entravées dans leur accès aux soins** notamment par un manque de matériel adapté. « *Les personnes en situation d'obésité sévère sont également **confrontées à un manque de matériel adapté**, que ce soit à l'hôpital, en cabinet médical en ville ou dans un centre d'examen (tensiomètre inadapté, table de bloc ne supportant pas plus de 120 kg, potence inadaptée pour se relever du lit). Les acteurs associatifs nous ont fait part de situations, où faute d'appareil adapté, des personnes obèses **sont renvoyées par des centres de radiologie vers des***

²³² Selon le site de l'assurance maladie. [consulté le 14 mai 2025] Surpoids ou obésité : particularités du suivi de la grossesse | ameli.fr | Assuré

²³³ Défenseur des droits, « Prévenir les discriminations dans les parcours de soins : un enjeu d'égalité », Rapport, mai 2025.

cliniques vétérinaires pour effectuer les examens. » De même concernant les transports vers les lieux de soins, la Défenseure des droits constate des difficultés importantes d'accès pour les personnes en situation d'obésité qui peuvent également faire face « à des *surcoûts élevés facturés illégalement par les sociétés privées en charge de ces transports* ». Ces réalités sont **constitutives de violences médicales.**

Le Dr Stéphane Bounan, chef de service, rencontré lors du déplacement de la délégation en Seine-Saint-Denis à la maternité du Centre hospitalier Delafontaine²³⁴, explique que face à des femmes en situation d'obésité, certaines professionnelles et professionnels peuvent éprouver du stress dans la réalisation de l'acte médical. Pour exemple, l'échographe peut avoir une visibilité réduite à cause de l'obésité au moment d'examiner la patiente, cela peut être une source de tension pour le personnel médical, dans un contexte où la probabilité de malformation du fœtus est plus grande. Ce stress peut être transmis en retour à la patiente et être, le plus souvent involontairement, constitutif de discrimination, voire de maltraitance.

Les populations du département de Seine-Saint-Denis présentent une prévalence de l'obésité deux fois plus élevée qu'en France métropolitaine, touchant 22,4 % de la population, en particulier les femmes. Une parturiente sur trois se présentant à la maternité de Saint-Denis est à la fois obèse et diabétique. L'équipe médicale fait un lien direct entre la précarité du territoire d'implantation de la maternité et le taux élevé d'obésité. « *Les études récentes montrent que l'obésité est presque quatre fois plus fréquente*

chez les populations défavorisées. C'est un facteur de risque médical repérable qui doit alerter sur des vulnérabilités associées, notamment la précarité sociale ²³⁵ ». Face à cette réalité le Centre hospitalier a dû s'adapter dans l'objectif de ne pas discriminer les patientes et de leur offrir la meilleure qualité de soins possible. Ainsi le temps programmé d'une échographie avec une patiente en surpoids est plus long qu'en temps normal, le praticien ou la praticienne est volontaire et informée des spécificités de cet examen sur ces personnes, il dispose aussi des appareils les plus pointus (des sondes basses fréquences pour une meilleure visibilité).

En 2018, afin de promouvoir l'innovation en santé, la loi de financement de la Sécurité sociale a introduit un dispositif permettant d'expérimenter de nouvelles organisations en santé et de nouveaux modes de financements : « **l'article 51** ». Les expérimentations ont pour objectif d'améliorer la pertinence et la qualité de la prise en charge sanitaire, sociale ou médico-sociale ; les parcours des usagers, via notamment une meilleure coordination des acteurs ; l'efficacité du système de santé ; l'accès aux prises en charge (de prévention, sanitaire et médico-sociales).

Le Centre hospitalier de Saint-Denis a saisi cette opportunité pour mettre en place plusieurs dispositifs novateurs dont celui de Mam'enForme. Il s'agit d'un accompagnement sur mesure, coordonné et multidisciplinaire pour les patientes en situation d'obésité, s'étendant de la grossesse jusqu'à l'âge d'un an de l'enfant. Il repose sur une coordination entre professionnelles et professionnels de la santé en milieu hospitalier et en ville, ainsi que sur des partenariats stratégiques

²³⁴ Déplacement d'une partie de la délégation aux droits des femmes à la maternité du centre hospitalier Delafontaine et à la maison des femmes de Saint Denis le 13 mai 2025.

²³⁵ Site internet Mam'enForme [consulté le 14 mai 2025] Journée Mondiale de l'Obésité.

spécialisés dans la prise en charge de l'obésité et enfin, sur le maillage territorial. Le dispositif offre aux patientes des consultations individuelles avec un psychologue, un diététicien et une ou un enseignant en éducation physique adaptée, en plus d'ateliers collectifs abordant diverses thématiques.

4. Femmes incarcérées et privées de liberté

Selon la Haute autorité de santé, l'environnement carcéral constitue une situation de vulnérabilité pour toute la période de périnatalité²³⁶. La loi du 14 août 2014 relative à l'individualisation des peines²³⁷, qui a permis l'insertion de l'article 708-1 dans le Code de procédure pénale, prévoit que « *lorsque doit être mise à exécution une condamnation à une peine d'emprisonnement concernant une femme enceinte de plus de douze semaines, le procureur de la République ou le juge de l'application des peines s'efforcent par tout moyen soit de différer cette mise à exécution, soit de faire en sorte que la peine s'exécute en milieu ouvert* ».

Dans le cas où les femmes enceintes sont incarcérées, une circulaire a été adoptée de novembre 2023 « relative à la prise en charge des enfants vivant avec leur mère en détention »²³⁸.

Au 1er avril 2025, sur 2 894 détenues, 36 femmes étaient enceintes et 20 d'entre elles ont un enfant en détention²³⁹. Ces femmes ont choisi, en concertation avec le second parent lorsqu'il est présent, de garder leur enfant. Elles en ont le droit (et non l'obligation). De même, le second parent qui exerce également l'autorité parentale est consulté pour toutes les décisions afférant à l'enfant. **Il y a donc 20 enfants sur le territoire qui vivent avec leur mère en détention** mais qui ne sont pas considérés comme des personnes détenues. Selon la circulaire « *il bénéficie des mêmes droits que tout enfant et chaque décision le concernant doit être prise dans le respect de son intérêt supérieur. Il ne peut être soumis aux règles s'imposant aux personnes détenues.* » La circulaire encadre ce régime.

Elle prévoit que chaque établissement pénitentiaire dans toute la France, y compris dans les DROM, se dote d'une **unité nurserie ou de cellule mère-enfant**. Aujourd'hui c'est le cas de la majorité des établissements pénitentiaires accueillant des femmes détenues. Les femmes enceintes dans les établissements qui n'en sont pas dotées, sont transférées pour pouvoir bénéficier de cet espace. La circulaire prévoit des conditions en termes d'aménagement immobilier

²³⁶ Haute autorité de Santé, Les bonnes pratiques, « Situation particulière de vulnérabilité : grossesse et postpartum en milieu carcéral », janvier 2024.

²³⁷ Loi n° 2014-896 du 15 août 2014 relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales.

²³⁸ Légifrance - Droit national en vigueur - Circulaires et instructions - Circulaire relative à la prise en charge des enfants vivant avec leur mère en détention

²³⁹ Entretien avec François-Marie Tarasconi, adjoint au chef de département des politiques sociales et des partenariats et Inès Boban, référente chargée du maintien des liens familiaux et de la parentalité au sein de la direction de l'administration pénitentiaire le 23 mai 2025.

comme un accès à une cour extérieure en dehors de la présence des détenues, un accès à une salle d'activité, un espace sanitaire équipé, un endroit le plus préservé des bruits propres à la détention, une bonne ventilation et luminosité et pas d'équipement de caillebotis. Des équipements mobiliers sont également prévus et la cellule est un peu plus grande que les cellules ordinaires.

La prise en charge de l'enfant est pluridisciplinaire. Pour les femmes incarcérées, le **chef d'établissement a la compétence d'organiser l'accès aux dispositifs de soins prévus pour l'enfant à travers notamment la PMI**. Il a aussi la responsabilité d'informer de la grossesse d'autres acteurs et actrices de la détention comme l'unité sanitaire en milieu pénitentiaire, le magistrat en charge du dossier de la mère ou encore le « référent nurserie » de la direction interrégionale.

Le **service pénitentiaire d'insertion probation** en cas de mère majeure - ou bien la Protection judiciaire de la jeunesse dans le cas de la mère mineure - sont en charge de l'organisation du séjour de la mère et l'enfant ; d'informer la mère et de faciliter l'accès aux dispositifs spécifiques (sociaux, PMI, aide sociale à l'enfance etc.) ; développe les partenariats avec des intervenantes et intervenants spécialisés en milieu fermé (associations en lien avec la petite enfance etc.) et en milieu ouvert, facilite le maintien des liens familiaux de la mère avec notamment le second parent, envisage la préparation d'un aménagement de peine en lien avec le juge d'application des peines.

Par ailleurs, conformément à l'article D. 216-22 du Code pénitentiaire, « **les enfants peuvent être laissés auprès de leur mère en détention jusqu'à l'âge**

de dix-huit mois ». Au-delà, si la mère refuse la séparation, elle doit en faire la demande auprès d'une **commission consultative** présidée par le ou la directrice interrégionale des services pénitentiaires composée d'un ou une médecin psychiatre, d'un ou une pédiatre appartenant à un service de PMI, d'un ou une psychologue, d'un ou une cheffe d'établissement pénitentiaire spécialement affectée à la détention des femmes et d'un personnel du service pénitentiaire d'insertion probation. La **commission formule un avis** après avoir entendu la mère ou son conseil et dans la mesure du possible, l'autre personne titulaire de l'autorité parentale. C'est, par la suite, le ou la directrice interrégionale des services pénitentiaires territorialement compétentes qui autorise le maintien de l'enfant avec sa mère pour une durée déterminée ou rejette la demande de la mère.

En cas de séparation, la circulaire de 2023 prévoit que, « *sauf dans l'hypothèse d'une décision judiciaire relative à l'enfant, la mère détenue choisit librement, avec l'accord de l'autre titulaire de l'autorité parentale, le futur lieu d'accueil de l'enfant* ». Avant la circulaire, l'enfant était pris en charge par les services sociaux²⁴⁰. Depuis 2023, il est prévu que le service pénitentiaire d'insertion probation accompagne la mère dans la recherche de lieux d'accueil pour son enfant avec l'aide de partenariats avec les services départementaux de PMI et d'aide sociale. Le maillage territorial en termes de partenariats notamment avec les PMI et les services sociaux étant très insuffisant sur certains territoires, la sortie de l'enfant reste parfois très complexe et relativement opaque.

240 Ministère de la Justice, Cahiers d'études pénitentiaires et criminologiques n°51, « Exercer sa maternité en prison », 2020.

Selon le Code de la santé publique²⁴¹, le service de la PMI est chargé d'assurer la protection sanitaire de la mère et de l'enfant. La circulaire prévoit à cet égard, qu'« *il organise des consultations et des actions de prévention médico-sociales en faveur des femmes enceintes et des enfants de moins de 6 ans.* » La réalité laisse entrevoir d'importantes inégalités entre établissements pénitentiaires et entre territoires. En effet, la DAP n'a pas le pouvoir ni la compétence de contraindre les services de PMI d'intervenir en détention, ces derniers sont libres de le faire ou non. De même, l'hôpital de rattachement de l'établissement pénitentiaire est libre de prévoir des ressources humaines supplémentaires en gynécologie, obstétrique, pédiatrie, etc. pour la prise en charge d'éventuelles grossesses.

La problématique est la même concernant les partenaires associatifs intervenant en prison pour socialiser l'enfant et participer à son développement. Ils sont encore trop souvent soumis à des logiques de financements par bénéficiaires ce qui signifie que lorsque les effectifs d'enfant en prison sont faibles (ex : 1 seul enfant réside dans tel établissement), les associations ne se déplacent pas, tout comme, bien souvent, les services de l'Etat.

Il apparaît essentiel pour la DAP que le sujet gagne en visibilité auprès des partenaires extérieurs afin de susciter la mobilisation en détention

des PMI, des associations et autres acteurs et actrices en lien avec la santé et l'enfant. Les ARS doivent être impliquées en finançant des projets et en garantissant un maillage territorial qui soit à la hauteur des besoins sanitaires des enfants et des mères.

5. Femmes victimes d'excisions

Selon l'OMS, les mutilations génitales féminines sont les interventions qui impliquent l'ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme ou toute autre lésion des organes génitaux féminins qui sont pratiquées pour des raisons non médicales. Selon l'OMS, ces interventions ne présentent aucun intérêt pour la santé des femmes et sont au contraire, préjudiciables. « *Sur le plan obstétrical, l'excision est associée à une augmentation des déchirures périnéales, du nombre de césariennes, de l'utilisation d'instruments, d'épisiotomies, de la durée du travail ou des efforts expulsifs, du risque d'hémorragie et d'infection du post-partum. Les risques pour le fœtus sont la prématurité, l'hypoxie néonatale et le décès*²⁴² ».

Selon l'OMS, il existe quatre grandes catégories de mutilations génitales féminines :

- Type 1 : ablation partielle ou totale du gland clitoridien (petite partie externe et visible du clitoris et partie sensible des organes génitaux féminins) et/ou du prépuce/capuchon clitoridien (repli

²⁴¹ Articles L. 2111-1 et L. 2112-2 du Code de santé publique.

²⁴² Diane Lacombe, « La pratique des sages-femmes concernant les mutilations sexuelles féminines en salle de naissances : Évaluation des connaissances, des pratiques et des besoins professionnels dans quatre structures de soins », Ecole de sages-femmes Hôpital Foch, septembre 2019.

de peau qui entoure le clitoris).

- Type 2 : ablation partielle ou totale du gland clitoridien et des petites lèvres (replis internes de la vulve), avec ou sans excision des grandes lèvres (replis cutanés externes de la vulve).
- Type 3 : « infibulation », ou rétrécissement de l'orifice vaginal par recouvrement, en sectionnant et en repositionnant les petites lèvres, ou les grandes lèvres, parfois par suture, avec ou sans ablation du prépuce/capuchon et gland clitoridiens.
- Type 4 : toutes les autres interventions néfastes au niveau des organes génitaux féminins à des fins non médicales, consistant par exemple à piquer, percer, inciser, racler ou cautériser les organes

génitaux.

L'Ile-de-France est une des régions les plus fortement touchée par l'excision des jeunes filles²⁴³. « Il en ressort que la Seine-Saint-Denis présente un taux de prévalence largement supérieur à la moyenne nationale : 7,2% des femmes y demeurant ont déclaré une excision. »

Au sein de la maternité du Centre hospitalier de Saint-Denis, 14 % des femmes reçues sont excisées. Les excisions sont de types 1 et 2 et plus rarement de type 3. La maternité a pu mettre en place un accompagnement pluridisciplinaire et notamment sexologique, psychologique, et dans certains cas peut être proposée une chirurgie de transposition du clitoris.

II - Un constat alarmant sur la mortalité tant maternelle qu'infantile

Les taux de mortalité néonatale, infantile et maternelle sont les principaux indicateurs de la santé périnatale.

Des progrès ont été réalisés au cours du XXe siècle. Par exemple la vaccination et les antibiotiques ont largement contribué à réduire la mortalité infantile, ainsi que le dépistage de plus en plus précoce de certaines pathologies du fœtus et la meilleure prise en charge de la grande prématurité. Toutefois les chiffres concernant les morts maternelles et infantiles sont inquiétants : le taux de mortalité maternelle ne diminue pas. Il évolue de manière inquiétante avec le suicide des femmes et la mortalité infantile qui est en augmentation et classe la France parmi les plus mauvais des pays

européens.

Comme le souligne Santé Publique France dans son enquête d'avril 2024 sur les morts maternelles en France de 2016 à 2018²⁴⁴ : « La mortalité maternelle reste un indicateur fondamental de santé maternelle, même dans les pays riches où elle est devenue rare car elle constitue un événement sentinelle qui alerte sur les inégalités et les priorités en santé maternelle ».

²⁴³ Selon la préfecture et les services de l'État en région Ile-de-France. Colloque : « Lutte contre l'excision en Île-de-France : Agissons ensemble ! » | La préfecture et les services de l'État en région Île-de-France.

²⁴⁴ Les morts maternelles en France 2016-2018, Etudes et enquêtes de Santé Publique France, avril 2024.



Rapport d'information « Transformation de l'offre de soins périnataux dans les territoires : le travail doit commencer », Annick Jacquemet et Véronique Guillotin, septembre 2024.

A. L'enquête Nationale Confidentielle sur les morts maternelles (ENCMM), données eurostat

Les décès maternels en France ne diminuent pas. On en compte une centaine par an. La mortalité hémorragique, qui a longtemps été la cause première des décès maternels, a diminué de moitié en 15 ans mais reste dans une fourchette haute des pays européens. Pour mesurer ce phénomène, une Enquête Nationale Confidentielle sur les Morts Maternelles (ENCMM) a été mise en place en 1996. Elle permet

de quantifier les décès maternels et d'identifier leurs causes.

Entre 2016 et 2018, 272 morts maternelles ont été enregistrées en France, soit un décès tous les 4 jours. Le ratio de mortalité maternelle jusqu'à un an après la grossesse est de 11,8 décès pour 100 000 naissances vivantes²⁴⁵. Ce ratio ne diminue plus depuis le début des années 2 000. **Le suicide devient la première cause**

²⁴⁵ Les morts maternelles en France 2016-2018, Etudes et enquêtes de Santé Publique France, avril 2024.

de mortalité maternelle à un an après la fin de la grossesse. Les maladies cardio-vasculaires sont, sur cette période, la 2e cause de mortalité mais deviennent la 1ère cause à 42 jours post-accouchement.

60 % des décès maternels sont considérés comme évitables : 95 % des décès par hémorragie le seraient, 79 % des suicides le seraient aussi notamment par une meilleure coordination

des services de soins (psychiatrie/ généralistes/professionnels), une meilleure organisation des équipes, un meilleur suivi des protocoles²⁴⁶. Pour la chercheuse Catherine Deneux-Tharaux qui est à l'origine de l'ENCMM, ces morts maternelles relèvent à 53,2 % d'une inadéquation des soins, à 23,9 % à un défaut d'organisation des soins et à 2,5 % à un défaut d'interaction patiente-soins²⁴⁷.

MORTS MATERNELLES EN FRANCE : LES DONNÉES CLÉS DE L'ENCMM 2016-2018

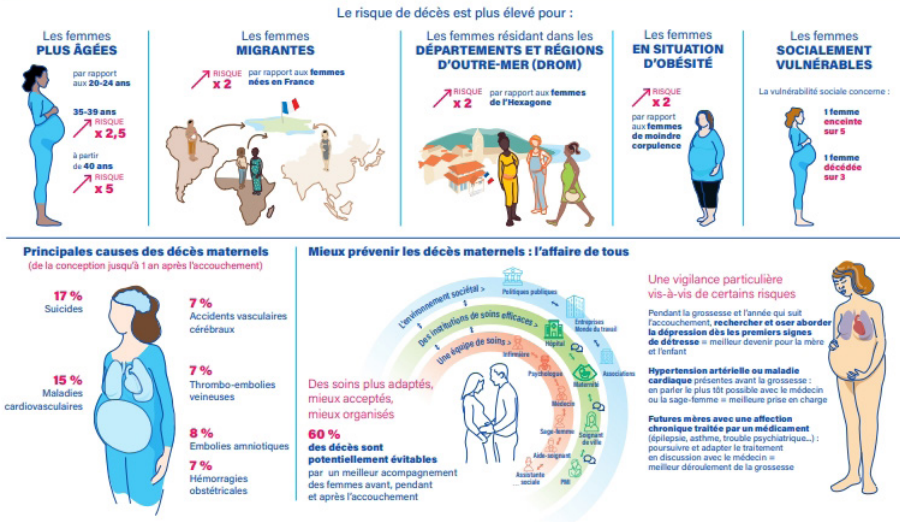
7^e rapport de l'Enquête Nationale Confidentielle sur les Morts Maternelles (ENCMM) 2016-2018.
En ligne sur : www.santepubliquefrance.fr - www.cress-umr1153.fr/fr/project/encmm / Contact : encmm@inserm.fr



Inserm

Santé publique France

Près de 100 femmes meurent chaque année en France de complications liées à la grossesse



Santé publique France, Morts maternelles en France : les données clés de L'ENCMM 2016-2018

1. Les suicides maternels

Le France constitue au sein des pays européens, une exception concernant les suicides maternels (ils ne régressent pas,

contrairement aux autres pays d'Europe).

Le suicide représente désormais la 1ère cause de la mortalité maternelle dans l'année suivant l'accouchement. Selon

²⁴⁶ Ibid.

²⁴⁷ Entretien de Catherine Deneux-Tharaux, directrice de recherche à l'Inserm, spécialiste de la santé périnatale avec la Délégation aux droits des femmes et à l'égalité le 29 avril 2025.

le 7ème rapport de l'ENCMM les suicides et les causes psychiatriques de décès représentent 17 décès maternels dans l'année suivant la naissance soit un décès maternel de cause psychiatrique toutes les trois semaines en France. 70 % des femmes connaissent les symptômes du « *baby blues* » dans les jours qui suivent l'accouchement, 1 mère sur 5 et 1 père sur 10 connaissent une dépression *post-partum* et 15 femmes se suicident tous les ans²⁴⁸.

Les différents facteurs de risque du suicide maternel en France comme à l'international sont la précarité, l'isolement, des événements de vie douloureux, des antécédents psychiatriques et des complications pendant la grossesse ou l'accouchement²⁴⁹. Les données nationales et internationales montrent également qu'une grande part de ces décès serait évitable. Parmi les stratégies de prévention, un dépistage précoce et répété des femmes à risque, et tout spécifiquement de celles présentant des troubles ou incidents psychiatriques déjà connus, et une prise en charge graduée. Dans le projet gouvernemental « 1 000 premiers jours », les entretiens prénatals précoces et post-natals obligatoires vont dans ce sens. Néanmoins, seul un déploiement national et universel de ces mesures pourrait infléchir cette problématique majeure, ce qui n'est pas le cas. Comme nous le

verrons, ces entretiens ne touchent en réalité que 30 % des femmes et ce ne sont pas celles qui en ont réellement le plus besoin qui en sont les bénéficiaires.

Selon Santé Publique France²⁵⁰
« *l'échange d'informations et de coordination des soins entre l'équipe de la maternité et les autres acteurs de soin est un facteur majeur d'évitabilité du décès chez les femmes atteintes d'une pathologie somatique ou psychiatrique préexistante ou découverte en cours de grossesse* ».

PRÉCONISATION #4

Le CESE recommande de renforcer la prévention des gestes suicidaires des mères en périnatalité, en systématisant et en finançant la coordination renforcée des services de santé périnataux avec les médecins généralistes, les services de soins psychiatriques et les autres acteurs et actrices de santé en contact avec les femmes dans la période périnatale.

²⁴⁸ Mme Véronique Guillotin, rapporteure, Rapport de la mission d'information, « Santé périnatale et son organisation », Sénat, Septembre 2024.

²⁴⁹ A. Doncarli, M. Gorza, E. Gomes, T. Cardoso, MN. Vacheron, N. Regnault et S. Tebeka « Suicide en période périnatale : données épidémiologiques récentes et stratégies de prévention » Bulletin épidémiologique hebdomadaire de Santé Publique France du 14 mars 2023.

²⁵⁰ Etudes et enquêtes de Santé Publique France, « Les morts maternelles en France 2016-2018 », avril 2024.

2. Les autres situations de mortalité maternelle

Parmi les autres causes identifiées de mort maternelle, la Haute Autorité de santé pointe dans une étude de 2022 sur **les événements indésirables graves associés aux soins** en lien avec les accouchements²⁵¹, des défauts ou retards de diagnostic, des erreurs d'interprétation ou des retards de prise en charge d'une hémorragie, des défauts de surveillance, des erreurs médicamenteuses, etc. L'absence de connaissance des protocoles par le personnel médical et la communication insuffisante entre les professionnels et les personnels non habituels ainsi que la charge de travail des soignants et soignants sont également mises en cause. 68 % des événements déclarés sont survenus la nuit, le weekend ou lors d'un changement d'équipe, ce qui corrobore cette hypothèse.

Les facteurs de risque ont aussi augmenté ces dernières années (ces facteurs ne constituant naturellement pas une exception française) : l'âge des mères (la part des mères de plus de 35 ans a plus que doublé en 30 ans, passant de 12,4 % en 1995 à 24,6 %²⁵²), l'obésité qui résulte de l'intrication de facteurs alimentaires, génétiques, épigénétiques, et environnementaux (la part des mères en situation d'obésité avant la grossesse a aussi doublé en 30 ans, passant de 7,4 % en 2003 à 14,4 % en 2021) mais aussi la vulnérabilité sociale. La prévalence du diabète gestationnel a plus que doublé entre 2017 et 2021, augmentant chez

la mère le risque de césarienne, de prééclampsie et d'éclampsie²⁵³. Le risque de maladies cardiovasculaires (2ème cause des décès maternels à un an) est plus aigu lorsqu'une de ces maladies est préexistante chez la mère. La moindre bonne santé des mères et l'âge tardif de la grossesse sont souvent mis en avant pour expliquer ces mauvais taux. Ces facteurs peuvent en effet sans conteste influencer mais ils existent dans l'ensemble des pays voisins qui, eux, ne voient pas leurs taux de mortalité maternelle et infantile augmenter pour autant.

Les hémorragies du post-partum survenues de manière soudaines et inattendues concernent environ 10 % des accouchements et sont sévères dans un tiers des cas. Ces cas graves ont augmenté entre 2016 et 2021 de 3 %, sans cause identifiée. Le risque d'une mauvaise prise en charge de cette pathologie est beaucoup plus élevé dans les maternités de type 1 qui accueillent les grossesses et accouchements sans risque particulier identifié par rapport aux maternités de type 3 spécialisées dans la prise en charge des accouchements à risques élevés²⁵⁴.

L'ENCMM révèle des inégalités sociodémographiques entre les femmes : si les risques de mortalité maternelle augmentent pour toutes les femmes de façon marquée à partir de 35 ans, **la mortalité des femmes migrantes est le double des femmes nées en France** (avec un risque de 3,1 fois pour les femmes nées en Afrique

251 Haute Autorité de Santé « Evénements indésirables graves associés aux soins, un bilan riche d'enseignement », 21 novembre 2022.

252 Les pays du Sud de l'Europe connaissent des taux bien supérieurs (34,4 % en Italie, 40 % en Espagne...).

253 La prééclampsie résulte d'un dysfonctionnement du placenta entraînant des anomalies du flux sanguin entre la mère et le fœtus ; l'éclampsie est une sorte de crise épileptique provoquant une crise convulsive chez la femme enceinte suite à une complication de prééclampsie. Il s'agit d'une urgence vitale pour la mère comme pour le fœtus.

254 Mme Véronique Guillotin, rapporteure, Rapport de la mission d'information, « Santé périnatale et son organisation », Sénat, Septembre 2024.

subsaharienne) **et les femmes socialement vulnérables sont 1,5 fois plus représentées parmi les femmes décédées.** Les DROM connaissent un niveau de mortalité deux fois supérieur à l'Hexagone. Il faut noter toutefois des progrès, ce taux ayant été de 4 fois supérieurs dans les années de référence antérieures. Dans l'Hexagone, le risque de mortalité maternelle le plus élevé s'est longtemps situé en Ile-de-France. Les Hauts de France et la région PACA forment désormais avec elle le trio des trois régions les plus impactées²⁵⁵.

PRÉCONISATION #5

Pour renforcer l'efficacité de la prévention de la mortalité tant maternelle qu'infantile, le CESE recommande que soient recueillies de manière systématique et consentie lors du suivi prénatal des mères, les informations détaillées sur le contexte social, environnemental, les conditions de vie et les antécédents de violences au même titre que les antécédents médicaux classiques. Ces éléments pourraient utilement être versés à l'enquête ENCMM sur les morts maternelles et à l'enquête nationale périnatale.

²⁵⁵ Etudes et enquêtes de Santé Publique France, « Les morts maternelles en France 2016-2018 », avril 2024.

B. La prématurité et les décès infantiles

Aujourd'hui en France, après 6 mois de grossesse, un enfant sur 100 naît sans vie ou décède au cours des sept premiers jours de sa vie²⁵⁶. La hausse de la mortalité infantile ces dernières années est particulièrement marquée la première semaine de la vie. Cette surmortalité néonatale au cours du premier mois de vie existe aussi bien dans les situations à haut risque (prématurité, grande et très grande prématurité) que celles à bas risque théorique (accouchement à terme). Comparé à d'autres pays européens, la prise en charge de la très grande prématurité est moins systématique en France. En cas d'accouchement à terme, la France connaît aussi plus de néomortalité que dans la plupart des autres pays européens. Interrogé par la mission d'information du Sénat sur la périnatalité, l'épidémiologiste Pierre-Yves Ancel souligne que « **cette surmortalité est dans doute évitable car elle semble découler de soins sous-optimaux et d'un défaut d'organisation des soins** »²⁵⁷.

1. La prématurité

DES CHIFFRES EN AUGMENTATION, DES PRÉMATURÉS DONT L'ÂGE GESTATIONNEL DIMINUE

55 000 enfants naissent prématurément chaque année en France, à savoir avant la 37^{ème} semaine d'aménorrhée (SA)²⁵⁸. Le taux de prématurité a augmenté entre 1995 et 2016, passant de 5,4 % à 7 %. En 2022, il est de 6,6 % dans l'hexagone et de 10 % dans les DROM. Les prématurés naissent de plus en plus précocement.

Sur l'ensemble de ces naissances prématurées aujourd'hui stabilisées autour de 7% en France hexagonale, il est de 15 % pour la grande prématuré et de 5 % pour la très grande prématuré (en deçà de 6 mois de grossesse). Ce dernier taux est en hausse. La réanimation et l'intubation a donc lieu à partir de 23 semaines d'aménorrhée et un poids de 500 grammes. La prise en charge ne se faisait qu'à partir de 28 semaines il y a 40 ans. La prématurité est présente dans plus de la moitié des grossesses multiples.

Environ 70 % des naissances prématurées sont spontanées, les autres sont provoquées et ont généralement lieu par césarienne. Il s'agit alors d'une décision médicale prise au regard des risques encourus par le fœtus ou par la mère, par exemple lorsqu'elle est victime d'hypertension artérielle sévère ou d'une hémorragie.

L'accroissement de la prématurité peut s'expliquer par l'amélioration de la prise en charge, de la réanimation et intubation de plus en plus précoce des prématurés mais aussi par l'augmentation des facteurs de risques maternels et de risques environnementaux. Ainsi l'exposition aux phtalates, substance utilisée comme plastifiant dans divers produits d'emballages alimentaires, de jouets, de produits d'entretien mais aussi de cosmétiques, a une incidence prouvée sur l'accouchement prématuré²⁵⁹. Ces perturbateurs endocriniens sont classés comme substance toxique pour la reproduction.

²⁵⁶ Mme Véronique Guillotin, rapporteure, Rapport de la mission d'information, « Santé périnatale et son organisation », Sénat, Septembre 2024.

²⁵⁷ Ibid.

²⁵⁸ INSERM, « Prématurité, des bébés qui arrivent trop tôt », 13 février 2023.

²⁵⁹ Publication d'une série de 16 études dans le JAMA pédiatrics (Journal of American Medical Association), juillet 2022

Les premières semaines de l'enfant ont un impact significatif sur sa santé future. Les enfants prématurés risquent de décéder plus précocement et/ou d'être porteur de handicap. **La prématurité représente 7 % des naissances mais 75 % de la mortalité néonatale** et 50 % des handicaps d'origine périnatale. La prévalence de troubles du développement modérés à sévères à l'âge de 5 ans sont de 5 % pour les enfants nés à terme, 12 % pour les prématurés nés entre 32-34 SA, 19 % pour ceux nés entre 27-31 SA et 28 % pour les extrêmes prématurés (24-26 SA)²⁶⁰.

LES CAUSES MULTIPLES DES DÉCÈS DE PRÉMATURÉS

Le taux de décès des prématurés est très variable selon l'**âge gestationnel du fœtus** : il est estimé à 60–70 % pour les très grands prématurés et est inférieur à 1 % pour les enfants nés à 35–36 SA. Ces décès s'expliquent aussi par la régression des interruptions médicales de grossesse (IMG) lorsque des pathologies graves ont été détectées sur le fœtus. En effet, si les pratiques de dépistages ont augmenté ces dernières années, conduisant à davantage d'IMG, un nombre croissant de refus d'IMG est enregistré (ce qui représente 2 000 cas par an, soit un triplement selon le personnel soignant de l'hôpital Debré, sans que la période de référence soit indiquée²⁶¹),

probablement pour des raisons culturelles ou religieuses. Cela implique pour les établissements la prise en charge d'enfants souffrant de pathologies lourdes les conduisant le plus souvent au décès, quelques jours ou semaines après la naissance. Cependant, ce phénomène ne contribue que très marginalement à la dégradation des indicateurs de santé périnatale et ne suffit pas à l'expliquer²⁶².

Comme nous le verrons de manière plus détaillée en partie III, la mortalité liée à la prématurité dépend aussi de l'**offre de soins en réanimation néonatale**, globalement insuffisante et mal répartie sur le territoire. Certains établissements sont précurseurs et disposent d'un programme néonatal individualisé pour chaque nourrisson, associant les parents qui sont conseillés et accompagnés. 11 services de néonatalogie expérimentent depuis 2022, sur le modèle Suédois, des équipes mobiles prenant en charge les prématurés à domicile²⁶³. En revanche, d'autres territoires sont moins bien équipés. D'après la société française de néonatalogie (SFN)²⁶⁴, certains d'entre eux manquent de lits et de personnel de service de réanimation néonatale. Le nombre de lits varie du simple au double dans les régions hexagonales, avec un doublement des scores les plus mauvais de l'hexagone pour les DOM.

260 Mme Véronique Guillotin, rapporteure, Rapport de la mission d'information, « Santé périnatale et son organisation », Sénat, Septembre 2024.

261 *Ibid.*

262 *Ibid.*

263 *Ibid.*

264 Société Française de Néonatalogie, « Qualité des soins et sécurité des nouveau-nés requérant des soins critiques : état des lieux en 2023 ».

La mortalité infantile est plus élevée en France que dans d'autres pays **pour les bébés très prématurés** alors que les taux de naissance avant terme sont égaux. La Société Française de Néonatalogie (SFN) alerte : « *la prise en charge des nouveau-nés prématurés ou requérant des soins critiques se dégrade de manière critique en France*²⁶⁵ ». Il semble que pendant longtemps la grande prématurité n'était pas prise en charge en France à égalité avec les autres pays européens, du fait du risque de handicap du nouveau-né. Les résultats obtenus dans ces autres pays ont montré qu'il était possible de sauver des grands prématurés sans compromettre leur santé future s'ils étaient correctement pris en charge. Mais les structures restent très insuffisantes en nombre pour le permettre.

Ce recul de l'âge gestationnel de prise en charge des très grands prématurés combiné au refus de certaines IMG pour des pathologies très graves saturent les services de soins critiques avec **un taux d'occupation des services** oscillant entre 91,3 % et 93,8 %. **En réanimation, il dépasse les 100 % environ 20 % du temps.** 23 % des services déclarent refuser régulièrement des entrées critiques faute de place, trois-quarts des services rencontrent des difficultés pour assurer la permanence des soins. La SNF souligne **qu'un taux d'occupation élevé engendre une hausse directe du risque de morbidité grave et de mortalité des grands prématurés.**

Près de 80 % des services de type 3 (seuls équipés pour la prise en charge des très grands prématurés) comptent au moins 1/3 de leur effectif infirmier

ayant moins de 2 ans d'expérience, qui est généralement considéré comme la durée nécessaire pour atteindre un niveau de compétence suffisant pour exercer dans un service de soins critiques néonataux. Les cours de pédiatrie et de néonatalogie ont en fait été supprimés du cursus de formation du diplôme infirmier en 2009.

De surcroît, la France ne compte que **1 500 pédiatres néonatalogistes spécialisés** dans la prise en charge des enfants dans les 28 jours suivant la naissance. 80 % des pédiatres néonatalogistes dépassent la durée légale maximale de travail hebdomadaire²⁶⁶. Pour la SFN, les décrets de périnatalité de 1998 (cf. la partie III consacrée aux maternités) sont totalement inadaptés à la charge en soins réelle de ces services.

2. Les autres décès infantiles

La France était jusqu'à il y a une dizaine d'années parmi les pays les mieux placés en matière de santé néonatale. Depuis, on assiste à un arrêt de l'amélioration et même **une dégradation des indicateurs qui la place désormais aux 21ème et 22ème rangs européens** en matière de mortalité infantile, entre la Pologne et la Bulgarie et à égalité avec la Croatie. Les derniers chiffres de l'INSEE font état de **4,1 décès pour 1 000 naissances d'enfants nés vivants en 2024**²⁶⁷ spontanée et de mortalité infantile, entre la Pologne et la Bulgarie et à égalité avec la Croatie. Les derniers chiffres de l'INSEE font état de **4,1 décès pour 1 000 naissances d'enfants nés vivants en 2024**²⁶⁸. Pour la seule année **2024, ce sont donc 2 700 enfants qui sont décédés avant leur un an.** Un quart décèdent le jour de la naissance, la moitié entre la naissance et le 27ème jour de vie, un quart dans la période post-néonatale, de 28 jours à moins d'un an.

²⁶⁵ Ibid.

²⁶⁶ Ibid.

²⁶⁷ Le taux de mortalité est celui des enfants nés sans vie par mort fœtale (spontanée ou Interruption Médicale de Grossesse -IMG) après 22 semaines d'aménorrhée.

²⁶⁸ INSEE, « Un enfant sur 250 meurt avant l'âge d'un an en France », Première 10 avril 2025.

DES TAUX DE MORTALITÉ INFANTILE EN AUGMENTATION

En 2022, **les taux moyens de mortinatalité** au sein de l'hexagone varient entre 7,6 ‰ en Normandie et en Occitanie à 9 ‰ dans les Hauts de France et 9,3 ‰ en Ile de France²⁶⁹. Sur la période 2019-2022, la région Grand Est s'ajoute à ces deux dernières régions dans le classement des taux de mortinatalité les plus importants. Les taux de mortinatalité dans les DROM sont en moyenne de 14,4 ‰ soit 1,5 fois plus important que dans le reste de la France (8,5 ‰)²⁷⁰.

Entre 2005 et 2021, **la mortalité néonatale précoce** (décès survenant entre le jour de la naissance et le 6ème jour de vie) **a augmenté**. Elle représente 70 % de la mortalité néonatale (enfants nés vivants décédés entre la naissance et le 27ème jour) et est passée en France de 1,6 ‰ à 1,9 ‰²⁷¹. Les taux de mortalité néonatales sont 2 fois supérieurs dans les DROM.

Depuis 2011, le taux de mortalité infantile en France a augmenté, passant de 3,5 ‰ à 4,1‰ en 2024²⁷². A l'échelle départementale, les taux les plus élevés sont en Seine-Saint-Denis (5,8 ‰) mais aussi dans des territoires ruraux comme le Lot qui, avec 6,2 ‰, enregistre un des taux les plus élevés de France hexagonale (le Lot étant comme nous le verrons un des départements

qui a subi le plus de fermeture de maternités) ou encore la Lozère, l'Indre-et Loire et la Haute-Vienne qui ont tous un taux supérieur à 5 ‰²⁷³.

Entre la période 2021-2014 et la période 2015-2022, le taux de mortalité infantile n'a pas baissé. Il a même augmenté, particulièrement pour les enfants nés d'un accouchement multiple. **Depuis 2015, le taux de mortalité infantile en France est supérieur à la moyenne de l'UE**. Ce taux continue de baisser en Europe²⁷⁴. Le taux de mortinatalité global ne diminue plus en France depuis 2005.

LES CAUSES DE LA MORTALITÉ INFANTILE

Ces causes sont multifactorielles. Comme nous le verrons dans la partie III de cet avis, **l'état général des maternités**, leur manque de moyens humains et financiers et **leur fermeture en très grand nombre ces dernières décennies** sont probablement une des causes de l'accroissement de la mortalité infantile en France. La plus grande distance entre les femmes et les maternités est souvent statistiquement reliée à des taux supérieurs de mortalité infantile dans les départements concernés. 10 départements hexagonaux n'ont plus aucune maternité. Le nombre de celles-ci a diminué de 40 % en 30 ans dont 20 % pour la seule période 2010-2023. Ces femmes, *de facto*,

269 Mme Véronique Guillotin, rapporteure, Rapport de la mission d'information, « Santé périnatale et son organisation », Sénat, Septembre 2024.

270 Ibid.

271 Ibid.

272 INSEE, « Un enfant sur 250 meurt avant l'âge d'un an en France », Première 10 avril 2025.

273 Mme Véronique Guillotin, rapporteure, Rapport de la mission d'information, « Santé périnatale et son organisation », Sénat, Septembre 2024.

274 INSEE, « Un enfant sur 250 meurt avant l'âge d'un an en France », Première, 10 avril 2025.

prennent de sérieux risques lorsqu'elles sont enceintes.

Les naissances sont reportées d'autant plus **massivement sur les grosses unités** (plus de 5 000 accouchements annuels) que le privé s'est désengagé à mesure de la baisse de la rentabilité des accouchements. Ces gros établissements, souvent des CHU, comportent des plateaux techniques permettant la gestion en principe optimale des grossesses à risque et la prise en charge des prématurés. Mais la plupart du temps, comme nous le verrons, les **accouchements se font en flux tendus**. L'urgence est devenue le mode normal de gestion de ces services qui peinent à recruter le personnel nécessaire (sages-femmes, gynécologues-obstétriciens, anesthésistes et pédiatres), faisant **appel à des intérimaires** bénéficiant de rémunérations très supérieures à leurs collègues attachés à l'hôpital, qui ne connaissent pas toujours le service et les équipes qui, de ce fait, se coordonnent moins facilement. **Les sages-femmes gèrent parfois jusqu'à 4 ou 5 parturientes qui accouchent en même temps**. Cela multiplie les risques d'erreurs pour les soignants et soignantes. Le stress, pour le personnel comme pour les femmes qui accouchent, est augmenté. Cette situation est par exemple impensable en Suède où le « one to one » est la règle : une femme, une sage-femme. **Quand les femmes se sentent moins bien accompagnées** dans ces structures, elles peuvent plus facilement développer des dépressions *post-partum* que lorsqu'elles sont bien suivies, en confiance, dans un univers connu. Or ces grands centres

n'assurent que l'accouchement pour certaines femmes privées de maternité près de chez elles mais qui sont suivies pendant la grossesse dans des unités près de chez elles. **En France le bien-être des femmes** et leur ressenti autour de l'expérience de la grossesse et de l'accouchement **n'est jamais ou que très rarement questionné**.

Comme nous le verrons dans le chapitre III, le rôle de la **protection maternelle et infantile (PMI)** est également un élément clé de la bonne prise en charge des mères et des nourrissons. **Or, ce système est à bout de souffle**.

LA CÉSARIENNE EN DÉBAT

Après des décennies de recours massif à la césarienne dans les accouchements, la tendance s'est inversée à partir des années 2012 suite aux recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) qui, suivant celles de l'OMS, a émis des indications précises pour limiter les césariennes programmées. Les raisons avancées par la HAS visaient une harmonisation des pratiques sur tout le territoire mais aussi le coût pour la collectivité, une césarienne revenant plus cher et les parturientes restant plus longtemps hospitalisées²⁷⁵. **De fait, ont été exclues des césariennes programmées quatre types de situations qui, avant 2012, conduisaient à leur automaticité** : les utérus cicatriciels (quand une femme avait déjà subi une césarienne), les grossesses gémellaires, les sièges et les macrosomies (gros bébés). Pour certains professionnels, « *c'est la 1ère fois qu'une recommandation de santé augmente*

²⁷⁵ Les soins de naissance représenteraient entre 2 800 et 5 600 € sans césarienne, 3 900 à 10 000 € avec césarienne. La décision de la HAS intervient après la mise en œuvre de la RGPP de 2007 dont l'objectif affiché est la réduction des coûts des 3 versants de la fonction publique. Au sujet des considérations financières et de la gestion de l'État de la réduction des coûts et de son incidence directe sur la périnatalité, voir le livre cité de Cortès et Leurquin.

les risques pour les enfants »²⁷⁶. Si les accouchements par voie basse, désormais préconisés dans ces cas, se passent généralement bien, lorsqu'une complication survient, les minutes comptent et **les césariennes en urgence présenteraient**, selon certaines études citées par le médecin, **6 à 7 fois plus de risque de morbi-mortalité qu'une césarienne programmée**. Mécaniquement, cette recommandation de la HAS aurait donc accru les risques. Questionnée entre la corrélation de la diminution des césariennes programmées et la hausse de la mortalité infantile, la HAS déclare ne pas disposer d'indicateurs de mesure d'incidence de la recommandation de 2012.

Aujourd'hui **le taux de césarienne est de 21 %, le taux médian européen étant de 26 %**. Le taux d'extraction instrumentale, plus dangereuse pour les bébés, représentent 12 % des accouchements en France contre 6 % à l'échelle européenne. Ventouse, forceps, spatules sont en contact avec la tête du fœtus, pouvant créer une souffrance fœtale et des risques d'hémorragie cérébrale. Certains des pays voisins comme l'Italie n'utilisent plus que pour 3,9 % des accouchements alors que les césariennes représentent 35 % des accouchements dans ce pays.

Toutefois pour d'autres professionnels et professionnelles, lier mortalité infantile et césarienne est un non-sens, les pays nordiques ayant des taux de recours à la césarienne beaucoup plus bas qu'en France avec une santé périnatale bien meilleure. Les césariennes

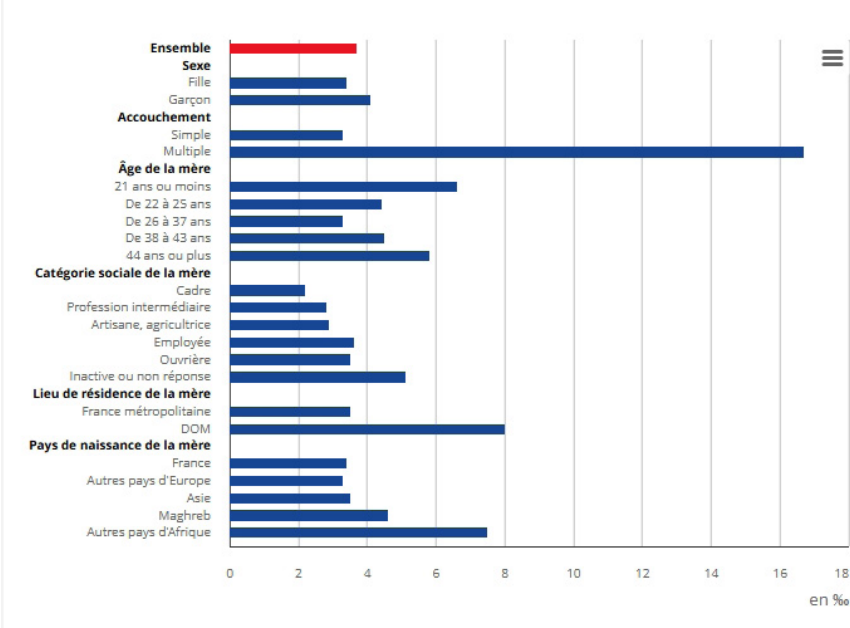
présenteraient plus de risques pour la mère avec des complications *post-partum* allant de douleurs chroniques aux risques d'embolie pulmonaire.

La réalité est que **les causes de mortalité infantile ne sont pas réellement connues** en France car il n'existe que des données éparées (état civil, établissements hospitaliers, etc.) qui ne sont pas croisées.

²⁷⁶ Olivier Ami, gynécologue-obstétricien expert judiciaire dans « 4,1 % le scandale des accouchements en France », Anthony Cortes et Sébastien Leurquin éd Buchet-Chastel 2025.

LES INÉGALITÉS SOCIALES ET TERRITORIALES

Figure 2 – Taux de mortalité infantile selon le sexe, le type d'accouchement et les caractéristiques de la mère, de 2004 à 2022



Insee, Un enfant sur 250 meurt avant l'âge d'un an en France, avril 2025.

Comme l'indique le graphique ci-dessus, **les inégalités sociales et territoriales influent sur la mortalité infantile**. De 2004 à 2022, parmi les mères actives, le taux de mortalité infantile varie en moyenne de 2,2 ‰ pour les cadres, à 3,5 ‰ pour les ouvrières et 3,6 ‰ pour les employées. Ce taux est plus élevé pour les inactives ou celles dont la catégorie sociale est inconnue, avec 5,1 ‰²⁷⁷.

Les inégalités géographiques, souvent combinées aux inégalités sociales, aboutissent à des situations dégradées dans les Outre-mer. De 2004 à 2022, le taux de mortalité infantile y est deux

fois plus élevé (8,0 ‰), qu'en France hexagonale (3,5 ‰). La Guyane est le département avec le plus fort taux (9,7 ‰), suivi par Mayotte (9,2 ‰), la Martinique (8,0 ‰), la Guadeloupe (7,8 ‰) et La Réunion (6,9 ‰). En France hexagonale, tous les départements ont un taux de mortalité infantile inférieur ou égal à 5 ‰, et toutes les régions un taux inférieur à 4 ‰.

En 2021 les DROM ont fait l'objet d'une analyse spécifique au sein de l'enquête périnatale de Santé Publique France²⁷⁸ qui a mis en lumière, sans grande surprise au regard de la situation économique

277 INSEE, « Un enfant sur 250 meurt avant l'âge d'un an en France », Première, 10 avril 2025.

278 Enquête Nationale de Périnatalité, INSERM, Santé publique France, rapport 2021

et sociale de ces territoires, des indicateurs de santé publique dégradés par rapport à l'Hexagone. Y sont soulignés comme facteurs influant sur la santé périnatale : la prévalence de l'obésité, la pauvreté avec une moyenne de 11 % (pouvant aller jusqu'à 27, 7 % en Guyane) de femmes bénéficiant de l'aide médicale d'État contre 2 % dans l'Hexagone et 60 % de femmes accouchant sans couverture médicale ; les grossesses précoces ou non désirées (32,8 % en Martinique contre 16,6 % dans l'hexagone). En revanche certains facteurs de risques y sont moindres comme une plus faible consommation de tabac ou un recours à l'allaitement plus systématique. La mission d'information sur la périnatalité recommande de se pencher plus avant sur les facteurs de risque individuels et environnementaux ainsi que l'organisation et l'accès aux soins dans les DROM.

Les mères originaires d'Afrique Subsaharienne ont également un risque deux fois plus élevé que les autres de perdre leur nourrisson.

Ces mères sont davantage touchées par la précarité et connaissent plus souvent des problèmes de santé. Le suivi médical pendant la grossesse est moins régulier : les femmes nées dans un pays d'Afrique subsaharienne ont un taux de « suivi inadéquat » (par exemple un suivi initié au-delà de 14 semaines d'aménorrhée) élevé, atteignant 35 % contre 17 % pour celles nées en France²⁷⁹.

²⁷⁹ INSEE, « Un enfant sur 250 meurt avant l'âge d'un an en France », Première, 10 avril 2025.

Illustration : déplacement de la délégation aux droits des femmes et à l'égalité à la maternité de l'hôpital Delafontaine du territoire de Seine-Saint-Denis, le 13 mai 2025.

L'hôpital de Saint-Denis est situé dans la région la plus pauvre d'Ile-de-France et dans le quartier le plus pauvre du département : 75 % des personnes accueillies sont très, voire extrêmement, précaires. Cela signifie que souvent, personne n'a de revenu dans le foyer.

Ce « concentré de pauvreté » comme le désigne le personnel soignant, a des conséquences sur la santé des patientes : à la fois sur leur **accès aux soins** mais aussi **sur leurs pathologies**. Pour beaucoup les pathologies sont **corrélées au niveau socio-économique** (obésité, diabète) **et à des maladies chroniques non prises en charge** depuis longtemps (hypertension artérielle) **à des stades très avancés**. Pour cette population qui survit pour se loger, se nourrir et trouver des modes de garde des enfants, le soin n'est pas prioritaire et les femmes ne consultent pas suffisamment les médecins. Pour une partie d'entre elles cela s'explique également parce qu'elles viennent d'arriver sur le territoire.

La maternité s'inscrit sur un territoire sur lequel il y a un **réseau libéral complètement inexistant** à l'extérieur de l'hôpital : **Il n'y a aucun gynécologue sur tout le territoire** et un seul à Saint Ouen. **L'hôpital est donc porté par une forte activité de la maternité.**

Les soins apportés sont très techniques car ils se croisent avec de nombreuses pathologies potentiellement graves. De plus, les PMI sont sursaturées et les centres de santé fonctionnent mais on tendance à passer en seconde ligne. **La maternité est donc le premier recours aux soins pour énormément de femmes du territoire - ce qui explique la prise en charge tardive de certaines pathologies** – et elle a dû adapter son fonctionnement pour pouvoir accueillir toutes les spécificités.

Les inégalités territoriales révèlent également des inégalités d'exposition à des pollutions environnementales ou alimentaires (pollution de l'air, exposition aux pesticides, etc.). A cet égard la pollution de l'air constitue un risque constant pour les femmes vivant en ville qui sont exposées en permanence à des niveaux de pollution dépassant les normes sanitaires de l'OMS. Ainsi pour l'association Fertéa²⁸⁰, qui a envoyé une contribution sur la saisine, « *La densité du trafic routier, la proximité des axes de circulation ou des zones industrielles sont autant de facteurs aggravants. Les femmes enceintes sont sensibles aux*

polluants atmosphériques, en particulier aux particules fines, au dioxyde d'azote, de soufre et à l'Ozone. Des études démontrent de façon non équivoque un risque accru d'hypertension gravidique et de prééclampsie associées à ces polluants ». Ces femmes seront d'ailleurs sujettes, plus tard, à des risques cardiovasculaires accrus et ce jusqu'à 20 ans après l'accouchement. Des liens auraient été établis avec le cancer du sein²⁸¹. Il a également été démontré que les polluants atmosphériques ont une incidence sur la croissance fœtale, la prématurité, les malformations ainsi que sur les pathologies chroniques à l'âge

²⁸⁰ L'association Fertéa santé se présente comme ayant pour objectif de lutter contre les effets de la pollution et des dégradations environnementales sur la santé humaine et particulièrement sur la santé reproductive.

²⁸¹ White, A. J., Bradshaw, P. T., & Hamra, G. B. (2018). Air pollution and breast cancer: a review. *Current epidemiology reports*, 5, 92-100.

adulte. Ces polluants franchissent la barrière placentaire et s'accumulent dans le sang du cordon ombilical²⁸².

L'exposition prénatale aux polluants particuliers sont associés à l'asthme des enfants mais aussi les allergies, l'autisme²⁸³, certains cancers de l'enfant²⁸⁴ et anomalies cardiovasculaires des jeunes adultes.

La sensibilité aux produits chimiques est particulièrement élevée pendant la vie intra-utérine, la petite enfance et l'adolescence. Les perturbateurs endocriniens sont présents dans notre environnement quotidien : emballages, produits cosmétiques et ménagers, meubles, jouets des enfants, et aussi dans notre alimentation lorsqu'elle contient des pesticides.

3. La mort subite du nourrisson

Dans la période postnatale, entre 28 jours et un an, la « **mort inattendue du nourrisson** », ou « **mort subite du nourrisson** », à savoir le décès subit d'un enfant apparemment bien portant, est la première cause de décès infantile. Depuis les années 1990 elle a diminué de 80 % en France grâce à une meilleure information et à des recommandations portant notamment sur le couchage des

nourrissons. **Ces décès concernent toutefois encore environ 200 enfants par an dont la moitié pourrait être évitée** par un

couchage plus adapté. En 2023 une étude de l'INSERM en lien avec des chercheurs et chercheuses d'autres pays européens²⁸⁵ ont montré que les illustrations des paquets de couches mais aussi de magazines pour parents ou images véhiculées par les réseaux sociaux sont non conformes aux recommandations de couchage des nouveau-nés, avec des images de bébés endormis sur le ventre ou sur le côté sur une literie molle, entourés d'accessoires susceptibles de les étouffer -peluches, couettes, édredons, peau de mouton- ou partageant leur couche à côté d'autres personnes. Dans plusieurs pays européens dont la France, les taux d'incidence de la mort subite du nourrisson ne baissent plus ou très faiblement, et une fréquence élevée de pratiques parentales de couchage non conformes aux recommandations a été notée. **La France se classe même parmi les pays européens où la prévalence de la mort subite du nourrisson est la plus élevée**²⁸⁶.

282 Glinianaia, S. V., Rankin, J., Bell, R., Pless-Mulloli, T., & Howel, D. (2004). Particulate air pollution and fetal health: a systematic review of the epidemiologic evidence. *Epidemiology*, 15(1), 36-45.

283 Flores-Pajot, M. C., Ofner, M., Do, M. T., Lavigne, E., & Villeneuve, P. J. (2016). Childhood autism spectrum disorders and exposure to nitrogen dioxide, and particulate matter air pollution: a review and meta-analysis. *Environmental research*, 151, 763-776.

284 Ghosh, J. K. C., Heck, J. E., Cockburn, M., Su, J., Jerrett, M., & Ritz, B. (2013). Prenatal exposure to traffic-related air pollution and risk of early childhood cancers. *American journal of epidemiology*, 178(8), 1233-1239.

285 Site de l'INSERM, « Les paquets de couche pour bébés véhiculent des images non-conformes aux recommandations de prévention de la mort subite », 23 octobre 2023.

286 Martin Chalumeau chef du service de pédiatrie de l'hôpital Necker-Enfants malades, épidémiologiste à l'INSERM interrogé par le journal Le Monde le 23/10/2023 « Mort subite du nourrisson : les images sur les paquets de couches contraires aux recommandations de couchage » article de Nathalie Brafmam.

4. Des indicateurs épars qui ne permettent pas d'établir une stratégie en matière de périnatalité faut de données

L'ensemble des faisceaux d'indices pour expliquer une mortalité infantile élevée en France n'est donc pas objectif et il est impossible d'analyser de façon chiffrée et systématisée la responsabilité précise de chaque déterminant à l'œuvre dans cette évolution inquiétante. « *Le système de santé périnatal fonctionne à l'ancienne et à l'aveugle²⁸⁷* ». Les données de l'INSEE (bulletins de naissance), celles sur les causes de décès, les données hospitalières, les certificats de santé, celles de l'État civil, toutes **sont collectées en silos et elles ne sont pas croisées**. La France dispose aussi de 7 registres des anomalies congénitales, 2 sur le handicap de l'enfant, un observatoire de la mort subite des nourrissons et de nombreuses enquêtes ciblées, mais les données ne sont jamais agrégées. Ces multiples données éparses sont donc insuffisantes pour construire des politiques publiques adaptées.

Seule **l'enquête nationale périnatale (ENP)** qui recueille des informations sur les conditions de grossesse, naissance et les premières semaines de l'enfant semble répondre au besoin d'information. Toutefois cette enquête n'est pas annuelle, elle est au mieux réalisée tous les 5 ans et ne porte que sur un nombre limité de naissances (15 000 environ pour la dernière enquête qui date de 2021). **Cette dernière enquête de 2021 agrège en réalité des chiffres datant de 2016 à 2018**. La prochaine enquête ENP est prévue en 2027. **Il n'y aura donc aucun**

chiffre au moins pendant 6 ans, le rapport 2027 sortira en 2028. De surcroît les ENP ne sont pas financées de manière pérenne. Il faut renégocier les budgets auprès de la direction générale de la santé, de la direction générale de l'offre de soins mais aussi de la DRESS, Santé Publique France, l'INSERM.

Lors de son audition devant la délégation la présidente de l'Ordre des sages-femmes Isabelle Derrendinger²⁸⁸ affirmait « **il n'est plus possible en santé de produire des veilles épidémiologiques qui ont quasiment 8 ans de retard** (...). *Pour mettre en place des actions efficaces nous devons mobiliser tous les moyens, notamment les éléments de veille épidémiologique, pour avoir des données au fil de l'eau* ». Il est donc nécessaire de disposer d'un système global d'informations sur la périnatalité, renseigné tous les ans (donc sur environ 700 000 naissances) pour mieux connaître et comprendre ce qui se passe pendant la grossesse, l'accouchement et les jours qui suivent.

Un registre des naissances pourrait remplir cette fonction. Il permettrait aux professionnelles et professionnels mais aussi à l'administration et au ministère de la santé de voir clairement les raisons de la mortalité infantile, les différentes sortes de cette mortalité mais aussi des endroits où elle est la plus fréquente et où elle augmente. **Ce registre national des naissances permettrait d'intégrer au système national des données de santé (SND) de nombreuses informations aujourd'hui éparpillées, sous-exploitées ou inaccessibles. Ce registre constituerait un outil de suivi précieux pour nourrir les recherches et orienter**

²⁸⁷ Anthony Cortes et Sébastien Leurquin, « 4,1 le scandale des accouchements en France », éd Buchet-Chastel 2025.

²⁸⁸ Audition de Mme Isabelle Derrendinger, présidente de l'Ordre des sage-femmes, directrice de l'école des sage-femmes de Nantes par la délégation aux droits des femmes et à l'égalité du CESE, 12 mars 2025.

les politiques publiques.

La présidente de l'Ordre des sages-femmes rappelait que **la commission nationale des naissances**, supprimée en 2021, avait pour mission de conseiller les autorités sanitaires sur les questions relatives à la naissance, la périnatalité et la parentalité. Elle était force de proposition et émettait des recommandations. Pour Isabelle Derrendinger, cette instance mériterait d'être réactivée *« pour pouvoir proposer des stratégies nationales et non plus laisser des initiatives locales heureuses ou malheureuses se mettre en œuvre »*.

Le conseil de l'Ordre des sages-femmes demande également (avec, selon la présidente de l'Ordre des sages-femmes, l'ensemble des instances de la profession) des **Etats généraux de la santé périnatale et de la santé des femmes en général**.

Le CESE se félicite de l'annonce faite par la ministre de la Santé Catherine Vautrin, en avril 2025, de mettre en place un registre des naissances demandé par la mission d'information du Sénat sur la périnatalité ainsi que par les professionnels et professionnelles de santé depuis plusieurs années²⁸⁹ afin d'agréger les données existantes dans plusieurs sources comme les certificats de décès, l'état civil, les données hospitalières etc. afin de pouvoir mieux déterminer les causes, multifactorielles, des décès

infantiles.

La mortalité infantile est actuellement en débat à l'Assemblée nationale via une proposition de loi²⁹⁰, les très mauvais chiffres de la France ayant fini par attirer l'attention du législateur. Cette proposition de loi s'appuie sur « trois piliers concrets » : renforcer la connaissance des causes de la mortalité infantile, améliorer l'accès aux soins, garantir la sécurité des prises en charge.

A l'heure où cet avis est rédigé, il est encore trop tôt pour connaître les principales orientations d'un futur texte.

PRÉCONISATION #6

Afin de disposer de données fiables et objectives pour suivre, comprendre et analyser l'évolution de la mortalité infantile, le CESE demande la mise en œuvre effective d'un registre des naissances réunissant de manière homogène sur tout le territoire les causes et circonstances exactes des décès. Il préconise sur cette base de rétablir la commission nationale des naissances afin de proposer et d'évaluer la mise en œuvre d'une stratégie nationale périnatalité.

289 Lors de son audition devant la DDFE le 12 mars 2025, Isabelle Derrendinger, présidente de l'Ordre des sage-femmes, directrice de l'école des sage-femmes de Nantes, a pour sa part estimé qu'il fallait rétablir la Commission nationale de la naissance supprimée en 2021. Cette commission avait pour mission de conseiller les autorités sanitaires sur les questions relatives à la naissance, à la périnatalité, à la parentalité et formulait des recommandations.

290 Proposition de loi déposé par Paul-André Colombani visant à lutter contre la mortalité infantile 1237-AO déposé le 7 mai 2025.

Pour rappel, l'ordre national des sages-femmes lors de son audition préconisait le rétablissement de la commission nationale des naissances. Cette commission associant l'ensemble des acteurs et actrices, serait chargée de proposer et d'évaluer la mise en œuvre d'une stratégie nationale périnatalité, sur la base de données systématiques et consolidées.

Il recommandait également la tenue d'Etats généraux sur la santé des femmes en général et la santé en périnatalité en particulier.

* * *

Le sujet de la périnatalité n'est donc pas un angle mort du domaine médical. Depuis près de trente ans, régulièrement des enquêtes nationales périnatales sont réalisées. Elles permettent de faire un état des lieux sur l'état de santé des mères et des nouveau-nés, la prise en charge médicale de la grossesse et de l'accouchement, et sur la situation démographique et sociale des femmes et des familles. Ces enquêtes ont pour vocation de suivre les évolutions de la situation périnatale, et de fournir des informations aux responsables en santé publique, aux cliniciens et aux femmes concernées, sur les besoins en décisions et les impacts des recommandations.

L'intérêt pour la période de la périnatalité est également démontré par l'existence d'une revue dédiée, la revue *Périnatalité*. Quatre numéros de cette revue paraissent chaque année depuis 2009. La revue s'intéresse à des sujets variés, tels que : le *post-partum*, les violences obstétricales, la place du père dans la périnatalité, l'environnement et la périnatalité, l'obésité et la grossesse, etc.

Finalement, l'existence de nombreux collectifs et associations dédiés au thème de la périnatalité, démontre que **ce sujet n'est pas non plus impensé par la société civile organisée**. A cette image on peut par exemple citer l'Alliance francophone pour la santé mentale périnatale (ARIP) créée en 1994, le Réseau Perinat Nouvelle-Aquitaine, l'Afap ou encore le collectif Ciane.

Ainsi, s'il semble que la recherche médicale ne laisse pas de côté cette période majeure du cycle et de la vie des femmes, c'est peut-être davantage la diffusion de ses résultats et leurs impacts sur la formation des professionnels et professionnelles de première ligne et sur les politiques publiques de santé que l'on pourrait questionner.

Partie 3

Une mobilisation collective nécessaire pour résorber les inégalités et accompagner les femmes

Les enjeux de santé publique sont nombreux autour de la périnatalité. Pour assurer le fait que cette période soit la meilleure possible tant pour la mère que pour l'enfant, les défis sont nombreux en matière de risques environnementaux, de

santé mentale, mais aussi en matière d'égalité sociale et territoriale. **Or la périnatalité révèle et exacerbe des inégalités préexistantes** que les politiques publiques mises en œuvre, comme celle des 1 000 premiers jours, peinent à résoudre.

I - Faire de la santé-environnement et de la santé mentale périnatale de réels enjeux de santé publique

Deux enjeux de santé publique sont particulièrement à prendre en compte dans la période périnatale : d'abord la santé-environnement qui, d'après l'OMS, « *comprend les aspects de la santé humaine, y compris la qualité de vie, déterminés par les facteurs physiques, chimiques, biologiques, sociaux et psychosociaux et esthétiques de l'environnement de chaque individu* ». « *Elle concerne également la politique et les pratiques de gestion, de résorption, de contrôle et de prévention*

des facteurs environnementaux susceptibles d'affecter la santé des générations actuelles et futures »²⁹¹. **Ensuite la santé mentale**, mise en lumière par le Premier ministre Michel Barnier, qui en avait fait une grande cause nationale lors de son mandat. Si les troubles mentaux sont actuellement davantage focalisés sur la jeunesse, il n'en demeure pas moins que ceux-ci touchent également les parents, et particulièrement les mères, pendant la période périnatale. Le suicide maternel en est l'expression

²⁹¹ Site du ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles [consulté le 11 juin 2025].

la plus ultime mais le *baby blues*, longtemps considéré comme normal et non problématique, cache parfois des dépressions *post-partum* plus graves qui

peuvent impacter de manière durable la santé des femmes et affecter leur relation à leur nouveau-né.

A. La sante environnement, vulnérabilité des femmes et du fœtus

Selon Muriel Salle, aujourd'hui l'épigénétique²⁹² montre que **l'environnement influence notre organisme et peut modifier l'expression de nos gènes**. Pour elle « *On le sait mais on a du mal à admettre que cela induit des conséquences sur la santé des femmes, notamment car elles sont plus précaires avec de moins bonnes conditions de vie* ».

Si l'ensemble de la population, quels que soient sa catégorie socio-professionnelle et son lieu de vie, est soumis à des pollutions et des risques sanitaires, **les liens entre inégalités sociales de santé et inégalités environnementales sont forts**. Valérie Deldrève, directrice de recherche en sociologie à l'Institut National de la Recherche Agronomique (INRA), définit les inégalités environnementales comme des « *des inégalités sociales d'exposition aux risques, d'accès aux ressources et sources d'agrément naturelles, d'impact sur l'environnement selon les modes de production et de consommation, de capacité à se saisir des politiques environnementales pour protéger un environnement et bénéficier de leurs effets*²⁹³ ».

Les programmes de recherche nationale et internationale sur le génome et l'épigénome étudient les effets des expositions environnementales et des comportements individuels (alimentation, stress, tabagisme) sur la part de la santé liée à l'hérédité. Ces recherches explorent notamment « les fenêtres d'exposition » (ou périodes de vulnérabilité) les plus sensibles durant lesquelles ces facteurs de risques peuvent avoir des répercussions ultérieures sur les individus et sur les générations suivantes avec parfois de graves conséquences (malformations, maladies chroniques métaboliques, neurodégénératives, cancers). Elles concernent notamment deux grands domaines d'investigation : l'exposome²⁹⁴ professionnel et l'exposome du début de la vie. Le second étudie notamment **la vulnérabilité des femmes enceintes aux agents toxiques de l'environnement, aux risques psychosociaux et aux conséquences sur le développement du fœtus et de l'enfant**.

292 La génétique correspond à l'étude des gènes, l'épigénétique à une « couche » d'informations complémentaire qui définit comment ces gènes vont être ou non utilisés par une cellule. L'épigénétique correspond à l'étude des changements dans l'activité des gènes, n'impliquant pas de modification de la séquence d'ADN et pouvant être transmis lors des divisions cellulaires (site INSERM 18/02/2015).

293 Pour une sociologie des inégalités environnementales Valérie Delvère, PIE Peter Lang, 2015.

294 Comme il a été dit supra, l'exposome englobe l'ensemble des expositions à des facteurs de risques chimiques, physiques, biologiques, psychologiques ou sociaux qui peuvent influencer la santé humaine tout au long de la vie, y compris intra-utérine, en tenant compte des effets à long terme et potentiellement multigénérationnels. L'exposome est désormais considéré comme un désordre majeur de la santé des hommes et des femmes à tous les âges de la vie et avant même la conception.

1. L'exposome au début de la vie

Des études suggèrent un lien entre les émissions de particules fines et les naissances prématurées. Dès 2005 l'OMS avait attiré l'attention sur les effets de la pollution de l'air sur la grossesse et le fœtus. Des programmes européens intégrant des équipes françaises ont été lancés pour développer des outils d'estimation des expositions pré- et post-natales à des facteurs environnementaux (métaux lourds, pesticides, polluants de l'air et de l'eau²⁹⁵, bruit, alimentation...). L'un d'eux (le projet HELIX) a étudié l'exposition à 130 agents toxiques sur des cohortes de 6 pays européens (3 600 couples mère-enfant) pour en analyser les effets sur l'état de santé, la croissance et le développement de l'enfant. En 2020, il ressortait des premières publications que « ***l'exposition prénatale et postnatale à différents polluants chimiques était associée à un retard de croissance des fœtus, à une diminution de la fonction respiratoire des enfants et au développement de l'obésité*** »²⁹⁶.

Une équipe de chercheurs et chercheuses de l'Inserm, du CNRS, de l'Université Grenoble Alpes et de l'Institut de santé globale de Barcelone a, pour sa part, montré en 2019 que ***l'exposition prénatale et postnatale à différents polluants chimiques est associée***

à une diminution de la fonction respiratoire des enfants²⁹⁷. Avec les changements des modes de vie et le développement de la chimie de synthèse, les expositions aux contaminants environnementaux sont devenues multiples et complexes. La grossesse et les premières années de vie sont reconnues pour être des périodes où la sensibilité aux facteurs environnementaux est très importante, avec des effets possibles sur la santé de l'enfant tout au long de la vie. Ces chercheurs et chercheuses ont également mesuré un grand nombre de facteurs environnementaux auxquels sont exposés les enfants – y compris à travers l'exposition maternelle pendant la grossesse et qui sont définis comme « ***l'exposome de la vie précoce*** ». Les chercheurs et chercheuses ont recueilli des données sur les expositions prénatales et postnatales liées à l'environnement extérieur (pollution de l'air par les particules fines, bruit...), à des contaminants chimiques (perturbateurs endocriniens, métaux, polluants organiques persistants ...) et au style de vie (alimentation...) chez plus de 1 000 femmes enceintes et leurs enfants dans six pays européens. À travers 85 expositions prénatales et 125 expositions post-natales, une photographie de l'environnement précoce a pu être établie pour chaque enfant. Les

295 Sur la situation particulière des outre-mer, voir le rapport inter-associatif « Soif de Justice : Agir contre les discriminations environnementales d'accès à l'eau potable dans les territoires dits d'Outre-mer », juin 2025 : Notre Affaire A Tous, Associations d'outre-mer membres du mouvement France Nature Environnement.

296 « Prendre en compte le sexe et le genre pour mieux soigner : un enjeu de santé publique » rapport du Haut Conseil à l'Egalité n°2020-11-04 rapporté par B. GRESY, E. PIET, C. VIDAL, M. SALLE.

297 INSERM « Expositions environnementales précoces et santé respiratoire de l'enfant : l'exposome dévoile ses premiers résultats », 06 février 2019.

femmes enceintes et les enfants étaient généralement exposés à des dizaines de substances chimiques à des niveaux variables. **Ainsi, plus des deux tiers des biomarqueurs chimiques d'exposition avaient des niveaux détectables chez au moins 9 femmes ou 9 enfants sur 10.**

L'étude fait le lien entre l'exposition pré et postnatale à des substances chimiques et la détérioration de la fonction respiratoire des enfants. Or, comme le précise Valérie Siroux, chercheuse à l'INSERM, « *Identifier les facteurs de risque d'une fonction respiratoire diminuée dans l'enfance est important car le développement pulmonaire de l'enfant est un facteur déterminant de sa santé globale, et pas seulement respiratoire, tout au long de la vie*²⁹⁸ ».

Comme vu précédemment, une autre étude sur les parabènes, les phénols et les phtalates, perturbateurs endocriniens ou hormonaux, a également été menée auprès de plusieurs centaines de femmes enceintes. Presque toutes présentaient des traces de ces composants dans leur organisme. L'étude établit un lien entre leur présence et un dysfonctionnement de la thyroïde, avec des taux inhabituels d'hormones produites. Or, durant la grossesse, ces hormones thyroïdiennes sont essentielles pour le bon développement du cerveau et des variations, même faibles, peuvent être associées à des troubles du neurodéveloppement plus tard chez l'enfant²⁹⁹.

En avril 2025, le Parlement et le Conseil européens sont parvenus à un accord sur la refonte des règles européennes en matière de sécurité des jouets

afin de mieux protéger la santé et le développement des enfants³⁰⁰, notamment contre les risques présentés par des substances chimiques nocives. Outre l'interdiction existante des substances cancérigènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction, est ajoutée celle des substances perfluoroalkylées et polyfluoroalkylées et des catégories les plus dangereuses de bisphénols ainsi qu'une clarification du passeport numérique des jouets. Le Conseil doit à présent adopter formellement cet accord et le Parlement devra ensuite approuver le texte en plénière, en deuxième lecture. Le règlement entrera en vigueur 20 jours après sa publication au Journal officiel de l'UE. Les États membres disposeront alors de 54 mois pour se conformer aux dispositions.

Pour leur part, des collectivités locales expérimentent des dispositifs pour protéger les femmes enceintes de l'ingestion d'aliments contaminés par les pesticides : ainsi à Strasbourg, ville signataire de la charte « villes et territoires sans perturbateurs endocriniens », la municipalité a créé un **dispositif expérimental** de trois ans mis en place à partir de septembre 2022 « **d'ordonnance verte** ». Les Strasbourgeoises ayant envoyé à la mairie un certificat médical de grossesse ont accès à des ateliers pédagogiques sur les perturbateurs endocriniens présents dans l'environnement quotidien (emballages, produits cosmétiques et ménagers, meubles, jouets et surtout, **l'alimentation**). Elles reçoivent également gratuitement toutes les semaines des paniers de légumes issus de l'agriculture biologique et de circuits courts sur une durée de

298 Ibid.

299 Etude publiée le 9 novembre 2022 par la revue « Environmental Health Perspectives ».

300 Parlement européen, « Sécurité des jouets : accord sur de nouvelles mesures visant à protéger la santé des enfants », Communiqué de presse, 11 avril 2025.

deux à sept mois selon le quotient familial. L'objectif du dispositif est de toucher 1 500 parturientes par an. La dépense pour les paniers s'est élevée à 270 000 € la première année, avec plus de 16 000 paniers distribués. En plus de la participation financière directe de la ville, le dispositif est désormais cofinancé par l'ARS et le régime local d'assurance maladie Alsace-Moselle.

La commune de Marigny, dans les Deux-Sèvres, a annoncé le 19 juin dernier la mise en place d'un processus similaire. **Le CESE salue ces initiatives et encourage l'ARS à en établir un bilan régulier afin de permettre son déploiement avec des financements publics.**

PRÉCONISATION #7

Le CESE préconise d'intégrer systématiquement, lors de l'entretien prénatal et avec l'accord de la parturiente, une évaluation permettant de détecter les risques sociaux et environnementaux auxquels les femmes enceintes sont exposées dans leur vie professionnelle et personnelle. A l'exemple de diverses expériences comme l'« ordonnance verte », le CESE appelle l'IGAS à évaluer ce dispositif, et s'il est reconnu comme efficient, à le généraliser.

PRÉCONISATION #8

Le CESE préconise de former les professionnels et professionnelles de santé périnatale à la santé environnementale et la santé reproductive afin de mieux prévenir et accompagner les femmes dans la période de périnatalité.

PRÉCONISATION #9

Le CESE préconise de soutenir la recherche sur les effets à long terme et transgénérationnels des expositions environnementales sur la santé des femmes, en particulier sur leur santé reproductive.

2. L'exposome au travail

De nos jours, la majorité des femmes enceintes exercent une activité professionnelle. Le taux d'emploi durant la grossesse n'a cessé de croître au fil des années, atteignant 70 % en 2021³⁰¹. Or il est avéré depuis longtemps que les métiers les moins qualifiés et les moins rémunérés sont majoritairement exercés par les femmes. Comme il est notamment démontré dans le rapport du Sénat

301 Rapport d'information du Sénat n°780, « Santé des femmes au travail : des maux invisibles », 27 juin 2023.

sur la Santé des femmes au travail³⁰², **les femmes exercent des professions particulièrement exposées aux risques psychosociaux** comme les métiers du soin, occupés à 80 % par des femmes, dans lesquels elles effectuent des ports répétitifs de charges dépassant souvent la norme autorisée de 25 kg, travaillent avec des horaires atypiques et de nuit. Dans le secteur du nettoyage, où 80 % des salariés sont des femmes, les conditions de travail sont difficiles : **exposition à des risques chimiques**, contact en moyenne avec sept agents cancérigènes, **précarité**, qui touchent une majorité de salariées de plus de 50 ans. **Les expositions sont particulièrement importantes dans les métiers précaires où les femmes sont majoritaires.**

Selon Francelyne Marano³⁰³ « *La prévention de l'exposition aux contaminants peut être possible, mais elle passe par l'application stricte de normes, pour diminuer, voire interdire certains contaminants préoccupants dans les produits de consommation, l'alimentation. Elle passe aussi par l'information du public* ».

Les expositions environnementales étant très variées, l'exposome chimique dépend donc certes du comportement individuel mais également du territoire, de la profession, de l'âge des personnes exposées. Selon Francelyne Marano « *c'est à ce niveau que les inégalités jouent un rôle tout à fait déterminant* ». Effectivement, le sujet émergent est celui des **expositions professionnelles à des substances chimiques dangereuses** notamment **pour les femmes enceintes et**

allaitantes. Ce problème a été identifié comme majeur par les professeures et professeurs de médecine du travail ayant participé à l'élaboration d'un rapport du Haut Conseil de la santé publique³⁰⁴ sur la prévention des expositions aux contaminants pour les femmes enceintes et allaitantes.

Le rapport du HCSP pointe **le manque d'études en France** sur l'imprégnation par **les contaminants environnementaux chez les femmes enceintes**, remarquant que l'étude ESTEBAN de Santé publique France évaluant l'exposition de la population de la France métropolitaine aux produits chimiques n'a pas inclus les femmes enceintes ou allaitantes ni les enfants jusqu'à 6 ans. Il manque une analyse des expositions des femmes travaillant ou ayant travaillé, avant ou pendant la grossesse, au contact de substances chimiques susceptibles d'être retrouvées dans le lait maternel et de contaminer l'enfant allaité. De plus, **peu de données permettent de qualifier la source professionnelle des contaminations**. Enfin, la réglementation française concernant l'exposition des femmes enceintes et allaitantes en milieu de travail, est selon les auteurs et autrices de ce rapport, à réviser et à compléter. Ils recommandent notamment d'appliquer le principe de précaution dans les situations où l'incertitude ne permet pas d'exclure un risque significatif.

Ces inégalités d'exposome au travail renforcent les inégalités de genre.

En cas d'exposition à des agents chimiques mutagènes ou toxiques,

302 Ibid.

303 Audition de Mme Francelyne Marano, professeure émérite à l'Université Paris Cité, ex-membre du Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP), et vice-présidente du Comité d'experts Santé Environnement Travail Santé Publique France par la Délégation aux droits des femmes et à l'égalité du CESE le 25 février 2025.

304 Haut Conseil de la santé publique, « L'allaitement maternel » rapport, juin 2024.

l'employeur³⁰⁵ a l'obligation légale d'informer les salariées des effets potentiellement néfastes sur la fertilité, sur le développement du fœtus en début de grossesse et pour l'enfant en cas d'allaitement. Les femmes doivent être sensibilisées à l'utilité et l'intérêt de déclarer le plus tôt possible leur état de grossesse. Ces facteurs de risque doivent être pleinement intégrés à la négociation collective dans le cadre du dialogue social entre structures employeuses et organisations syndicales.

PRÉCONISATION #10

Le CESE préconise que le document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP) et les plans de prévention des structures employeuses intègrent un volet spécifique de protection des femmes exposées à des produits chimiques pendant la période périnatale.

3. La difficile reconnaissance des maladies professionnelles des femmes

Les maladies professionnelles en 2019 touchaient autant de femmes que d'hommes, soit plus de 50 000 personnes. Mais si la progression des maladies professionnelles sur la période 2001-2019 est forte et constante dans l'ensemble (+108 %), **elle**

est deux fois plus rapide pour les femmes (+158,7 %) que pour les hommes (+73,6 %). Depuis 2011, on constate une diminution puis une stabilisation du nombre de maladies professionnelles reconnues pour les femmes comme pour les hommes, compte tenu de l'évolution de leurs modalités de reconnaissance³⁰⁶. Il en est de même des accidents du travail avec, entre 2001 et 2019, une baisse pour les hommes (-27,2 %) mais une nette progression pour les femmes (+41,6 %). Depuis 2001, les secteurs les plus accidentogènes pour les femmes sont les activités de services : santé, action sociale, nettoyage, travail temporaire et les services, commerces et industries de l'alimentation. L'étude du CESE "Prévention en santé au travail. Défis et perspectives." publiée en avril 2025, s'intéresse largement à la santé des travailleuses. Elle précise que « *le développement d'une approche genrée de la santé au travail, en chaussant systématiquement des lunettes de genre, est une nécessité, mais elle reste encore trop peu mise en œuvre* ».

Chaque année, environ 1 800 cancers sont reconnus comme ayant une origine professionnelle. Ces maladies multifactorielles restent cependant difficiles à relier aux professions mises en cause et ne font que très rarement l'objet d'une enquête médicale précise.

Ainsi le personnel navigant est en moyenne plus exposé au cancer en

³⁰⁵ Les structures employeuses concernent les entreprises publiques ou privées, les administrations, les associations et toutes les structures employant des salariés et salariées.

³⁰⁶ Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT), « Photographie statistique de la sinistralité au travail en France selon le sexe », 4 juillet 2022.

raison des rayonnements ionisants émis par l'avion. Plus ce dernier s'éloigne de l'équateur en se rapprochant des pôles, notamment lors des long-courriers vers l'Asie, la côte ouest des Etats-Unis, plus l'intensité des rayons augmente. Selon Jean-Claude Zerbib, ancien ingénieur en radioprotection au Commissariat à l'énergie atomique : « *Les navigants constituent en France le groupe professionnel le plus exposé à des travaux sous rayonnements ionisants* ». A cela s'ajoutent le travail de nuit, le décalage horaire à répétition et d'autres phénomènes, comme la pressurisation, qui tendent à dérégler le rythme circadien³⁰⁷. Or le personnel navigant est principalement composé de femmes.

Actuellement, même si des dispositions ont été prises par certaines compagnies aériennes, comme procéder à des mammographies dès 40 ans, **c'est à la salariée d'apporter la preuve que sa maladie a un lien direct avec son travail** et qu'aucun autre facteur comme la cigarette, le surpoids ou la génétique n'est en jeu de façon prépondérante.

Malgré la courbe ascendante des cancers (433 000 ont été dénombrés en 2023), ceux reconnus comme étant d'origine professionnelle restent stables, et semblent largement sous-estimés.

En 2024, 1 800 ont été reconnus en tant que tels, et ce encore majoritairement en lien avec l'amiante. Pour Anne Delépine, médecin conseiller de l'Institut national de recherche et de sécurité « *Beaucoup de cancers passent sous les radars* ». La médecin souligne **qu'il n'est pas dans**

l'éducation des médecins d'interroger les patientes et les patients sur leurs expositions professionnelles actuelles et passées : « *D'autres facteurs de risque*

*pourtant bien identifiés, comme les particules diesel des gaz d'échappement, ne figurent dans aucun tableau des maladies professionnelles*³⁰⁸ ». Anne Marchand, historienne et sociologue autrice de « Mourir de son travail aujourd'hui » ajoute que « *le fait que le travail soit responsable est inimaginable, car le cancer se déclare parfois vingt, trente ou quarante ans après l'exposition* ».

L'invisibilité des causes de ces cancers est aussi liée au fait que **la plupart des campagnes de prévention sont orientées vers les comportements individuels** et la mise en cause de l'employeur d'autant plus difficile du fait de la multiplication des sous-traitances des travaux les plus pénibles et les plus exposants. Or, d'après l'enquête nationale « Surveillance médicale des expositions des salariés aux risques professionnels », publiée en 2022³⁰⁹, 11 % des actifs et actives ont été exposées en 2017 à au moins un produit chimique cancérigène. Un chiffre qui passe à 20 % chez les intérimaires. D'après une étude de la DARES³¹⁰, le secteur du nettoyage emploie à 80 % des femmes, majoritairement âgées, peu diplômées, et d'origine étrangère, et 71 % sont exposées au travail répétitif, 61 % aux produits chimiques, et 52 % à des postures pénibles. Ces travailleuses subissent une "poly-exposition" chimiques et souffrent d'une surreprésentation des pathologies

307 Marjorie Cessac, Le Monde, « Cancers, chez les hôtesses de l'air la difficile reconnaissance des risques professionnels », 26 février 2025.

308 Marjorie Cessac, Le Monde, « Cancers, chez les hôtesses de l'air la difficile reconnaissance des risques professionnels », 26 février 2025.

309 Institut National de Recherche et de Sécurité (INRS), Enquête SUMER surveillance médicale des expositions des salariés aux risques professionnels, 2022.

310 Direction de l'Animation de la Recherche, des Études et des Statistiques (DARES), « Les métiers du nettoyage : quels types d'emploi, quelles conditions de travail ? », 2019.

respiratoires, dermatologiques et TMS. « *Ce sont les moins protégés, quand ils tombent malades vingt ans plus tard et ne sont pas en mesure de savoir où ils ont travaillé* », précise Anne Marchand, soulignant que les travailleuses et travailleurs indépendants sont eux aussi invisibilisés.

Enfin, la recherche a permis de démontrer que le **travail de nuit** pouvait causer un **surrisque de 26 % de cancer du sein** pour les femmes non ménopausées. Pour Anne Marchand, il conviendrait de créer un tableau de maladie professionnelle pour le cancer du sein en lien avec le travail de nuit.

Dans un autre registre, le fonds d'indemnisation des victimes de pesticides a reconnu le lien de causalité entre l'exposition professionnelle d'une fleuriste aux pesticides et la leucémie de sa fille de onze ans. Il s'agit d'une première en France. Il peut y avoir dans un bouquet jusqu'à 43 pesticides différents. Exposée pendant plus de 20 ans à ces substances, la mère de la fillette a involontairement contaminé son fœtus par voie placentaire. Contrairement aux fruits et légumes, il n'existe pas pour les fleurs de réglementation européenne permettant de fixer des limites maximales de résidus pourtant avérées par plusieurs études scientifiques³¹¹. L'ANSES a été saisie en décembre 2024 pour évaluer l'exposition des

professionnels et professionnelles de la fleur aux pesticides. Le CESE ne peut qu'encourager ce type de recherches et leur financement. Sur saisine de la Direction générale du travail, la Direction de la Sécurité sociale et le Secrétariat général du ministère de l'agriculture et de la souveraineté alimentaire, L'ANSES a rendu un avis en avril 2025³¹² afin « *d'une part à préparer l'élaboration, pour les commissions de maladies professionnelles, d'un programme de révision des différents tableaux de maladies professionnelles, et d'autre part de disposer d'arguments scientifiques motivant ou non une évolution des conditions d'accès à ces tableaux* ».

PRÉCONISATION #11

Le CESE préconise d'ouvrir une réflexion au sein des branches professionnelles portant sur la révision du tableau des maladies professionnelles. Cette réflexion devra tenir compte de la notion de poly-expositions mettant en jeu les différents mécanismes physio-pathogéniques des troubles de la fertilité et de la reproduction.

³¹¹ Dont deux études Belges : une menée par Khaoula Toumi à l'université de Liège en 2018 qui a confirmé la présence de nombreux résidus de pesticides variés sur les fleurs coupées, et une évaluation menée en Belgique publiée en 2009 dans la revue *Human and ecological risk assessment* ayant suivi pendant 4 ans une quarantaine de fleuristes.

³¹² Avis révisé de l'Anses : Tableau des maladies professionnelles nécessitant une mise à jour, Rapport révisé d'expertise collective - mars 2025.

B. La santé mentale, Du « baby blues » des premiers jours à la dépression *post-partum* : prévenir, dépister et soigner

Les troubles mentaux liés à la périnatalité peuvent varier considérablement en intensité. Si tous doivent être pris en compte, les femmes concernées doivent bénéficier d'un accompagnement adapté, **certains de ces troubles présentant des risques plus graves**, tant au moment où ils surviennent qu'à long terme.

1. Des troubles à différencier

Le « ***baby blues*** », terme largement entré dans le langage commun, ou « ***syndrome du troisième jour*** » est constitué de manifestations psychologiques mineures et transitoires. Il se traduit par des sautes d'humeur, des crises de larmes, de l'anxiété vis-à-vis du nouveau rôle de mère, la crainte de ne pas bien s'occuper de son enfant, une perte de confiance en soi, de l'irritabilité et une fatigue intense. C'est un état de déprime passagère qui survient entre le 2^e et le 5^e jour après l'accouchement, avec un pic au 3^e jour qui s'explique par une chute brutale des hormones et l'adaptation de la nouvelle mère à la réalité de la venue de l'enfant. Il touche, selon les études, entre 50 et 80 % des femmes ayant accouché.

Les mères dont c'est le premier enfant ne sont pas plus touchées par le *baby blues* que celles qui en ont déjà un ou plusieurs. Il disparaît spontanément le plus souvent en une ou deux semaines après la manifestation des symptômes, pouvant même parfois ne durer que quelques heures. Il ne nécessite pas de traitement particulier, juste du repos et du soutien de la part du conjoint ou de la conjointe et de l'entourage pour éviter l'isolement. Il peut toutefois être proposé à la mère une thérapie de soutien par le ou la médecin généraliste, un rendez-vous en PMI ou un suivi rapproché par une sage-femme.

Il est essentiel de bien différencier le *baby blues* de manifestations plus graves pouvant affecter profondément la santé de la mère.

Le terme presque romantique de « *baby blues* » ne doit en effet pas cacher une condition plus grave. Passées deux semaines, si cet état perdure et s'aggrave, un diagnostic médical est essentiel pour déceler une possible **dépression post-natale** ou **dépression *post-partum***. Elle peut survenir avant la fin du 2^e mois après la naissance (dépression du *post-partum* précoce) voire plus tard jusqu'à un an *post-partum* (dépression du *post-partum* tardive).

10 % des mères présentent un épisode dépressif au cours de leur grossesse, et la dépression du *post-partum* touche 16,7 % des mères deux mois après l'accouchement.

Il est indiqué sur le site de l'Assurance maladie : « *ce trouble associe une tristesse intense et inexpliquée, une labilité émotionnelle, des troubles du sommeil, des croyances négatives avec un sentiment de culpabilité, une perte d'intérêt pour le nourrisson, une dépréciation de ses compétences maternelles, voire des idées suicidaires. Ce qui doit alerter c'est l'intensité et la sévérité des manifestations. Attention aux formes atypiques, la patiente pouvant se retrancher derrière le « j'ai tout pour être heureuse »*. Les visites post-natales prévues dans le cadre de la politique des 1 000 premiers jours doivent être l'occasion de rechercher les facteurs de risque et les prémices de ce type de dépression.

Les facteurs de risques de la dépression *post-partum* sont multifactoriels³¹³

- Des facteurs psychiatriques tels que : des antécédents personnels de dépression du post-partum ; des troubles de l'humeur ; des antécédents psychiatriques personnels ou familiaux ; une dépression ou anxiété pendant la grossesse ; un psycho traumatisme lié à l'accouchement ; des événements négatifs pendant la grossesse ; un deuil périnatal.
- Des facteurs socio-économiques tels que : des conflits conjugaux ; un isolement social ; une précarité sociale.
- Des facteurs obstétricaux tels que : une grossesse non désirée ; la primiparité ; des antécédents obstétricaux (une mort *in utero*, une malformation fœtale, une interruption de grossesse, un accouchement prématuré, etc.), une grossesse pathologique ; des morbidités néonatales ; un âge maternel aux extrêmes des périodes de fertilité.

La psychothérapie est recommandée, quelle que soit la sévérité de l'épisode dépressif caractérisé. Elle peut être la seule prise en charge dans les épisodes dépressifs caractérisés légers à modérés ou être associée à un médicament antidépresseur dans les formes plus graves de dépression.

En fonction de la gravité de la dépression, la préservation du lien mère-enfant se fera : dans le cadre du suivi par une sage-femme (de la maternité ou libérale) ; au sein de la PMI ou du centre d'action médico-sociale précoce ; dans le cadre d'une prise en charge par une infirmière de liaison du Réseau de psychiatrie périnatalité ; au sein d'unité d'hospitalisation dédiée : unité mère-enfant (UME), unité mère-bébé (UMB), unité d'accueils parents-bébés, équipes mobiles, en hospitalisation complète ou en hospitalisation à domicile (HAD) ou en hospitalisation de jour.

Plus rare mais très grave, la **psychose puerpérale** ou **psychose périnatale** survient brutalement dans les deux semaines suivant l'accouchement. Cette pathologie touche plus de mille femmes par an, **soit 1 à 2 cas pour mille naissances**, principalement chez les primipares, et **nécessite une hospitalisation d'urgence** car les symptômes s'intensifient rapidement. Elle se caractérise par des délires et une agitation extrêmes, la sensation d'être menacée, un état de panique, l'impossibilité de dormir,

des hallucinations, des propos incohérents... les femmes perdent pied avec la réalité, les mettant en danger ainsi que l'enfant. Un risque de suicide et/ou d'infanticide est alors à craindre. L'entourage a un rôle crucial à jouer, car la femme seule ne peut pas déceler les symptômes dans cet état.

313 Site Améli Dépression *post-partum* | ameli.fr | Médecin [consulté en juillet 2025]

2. La dépression, principale complication en période périnatale

Ces chiffres alarmants démontrent que « **la santé mentale est la principale complication de la grossesse**³¹⁴ ». En effet, selon l'enquête en périnatalité de 2021³¹⁵, en France hexagonale, **une femme sur six présentait une symptomatologie importante de dépression à deux mois du post-partum**.

Une échelle de l'anxiété au sein de cette enquête montre que **plus d'un quart des femmes présentaient une anxiété pathologique à deux mois post-partum**. « Sur 20 femmes enceintes, deux mois après l'arrivée de leur bébé, une a déjà eu l'idée de se faire du mal au cours de la semaine précédente³¹⁶. » On parle ici d'idées suicidaires.

« C'est vraiment un enjeu de santé publique majeur car c'est une pathologie extrêmement fréquente et qui a des conséquences sur la mère, sur l'enfant, à court, moyen et long termes. Et pourtant, il y a un sous-diagnostic majeur. On estime que 50 % des dépressions au cours de la grossesse ne sont pas repérées, un tiers ne le sont pas dans le post-partum (...). Il n'y a [pourtant] pas un moment de la vie où, sans pathologie, les femmes sont autant entourées d'aides-soignants. Par définition, au moins une fois par mois, elles vont rencontrer un professionnel de santé pendant un

an, que ce soit une sage-femme, un obstétricien, une puéricultrice ou un pédiatre³¹⁷ ».

La dépression touche également les pères. Un père sur 10 serait atteint de dépression périnatale. Ils ont des symptômes différents qui apparaissent plus tardivement, entre 6 et 9 mois après l'accouchement. « Ce n'est pas très étonnant car, dans les déterminants de cette dépression du post-partum chez les femmes, il y a des aspects biologiques et on constate que les hommes ont également des réactions biologiques quand ils attendent un bébé et dans le postnatal, en particulier des variations hormonales, des diminutions du taux de testostérone et des variations au niveau cérébral³¹⁸ ».

Les dépressions qui s'installent progressivement, sans accompagnement médical, peuvent mener au suicide : comme vu précédemment, **il s'agit de la première cause de mortalité maternelle à un an après l'accouchement**³¹⁹.

Une mère en post-partum se donne la mort toutes les trois semaines en France.

Selon la Docteure Sarah Tebeka³²⁰ « c'est un phénomène grave, mais situé en haut de l'iceberg. S'intéresser à ces suicides permet de voir de nombreux mécanismes pour mieux comprendre pourquoi ces femmes n'ont pas pu avoir

314 Audition de la Docteure Sarah Tebeka par la Délégation aux droits des femmes et à l'égalité du CESE, le 28 janvier 2025.

315 Menée par Santé publique France et une équipe de l'Inserm, cette enquête a été créée en 1995 et est renouvelée tous les 5 ans. La spécificité de l'enquête de 2021 est que les équipes ont intégré des données en santé mentale en réinterrogeant les patientes deux mois après leur accouchement et en les questionnant à l'aide d'un outil validé, l'EPDS, ou l'échelle d'Édimbourg, qui permet d'avoir une notion de l'intensité de la symptomatologie dépressive.

316 Audition de la Docteure Sarah Tebeka par la Délégation aux droits des femmes et à l'égalité du CESE, le 28 janvier 2025.

317 Ibid.

318 Ibid.

319 ENCMM, 7^{ème} rapport.

320 Audition de la Docteure Sarah Tebeka par la Délégation aux droits des femmes et à l'égalité du CESE, le 28 janvier 2025.

accès aux soins qui leur étaient nécessaires. Cela permet de tirer des conséquences pour éviter ces suicides et diminuer ce taux, mais aussi de façon plus large pour essayer de mieux prendre en charge la majorité des patientes ».

3. Les causes de la méconnaissance et du mauvais traitement des troubles psychiques

Pourquoi un tel sous-diagnostic ? Comment une telle ignorance de ces troubles fréquents liés à la grossesse est-elle possible ? Pourquoi un tel tabou autour de la dépression périnatale ? Quels sont les freins à l'œuvre ?

La dépression reste une maladie passée sous silence. La dépression périnatale l'est d'autant plus car la société, les proches, l'entourage, attendent des femmes qu'elles soient heureuses et épanouies lors de cette période. Les femmes l'ont bien intégré. Alors, lorsqu'elles ressentent des symptômes contraires, peuvent arriver la honte et la culpabilité.

De plus, **la psychiatrie est dans un état de délabrement avancé.** Cela a une forte incidence sur le suivi des patientes et patients, alors qu'une personne sur cinq est touchée par des troubles mentaux au cours de sa vie³²¹. Les constats sont multiples : manque de professionnelles et professionnels, de financements, postes vacants,

fermeture de lits, augmentation du nombre de patients suivis à l'hôpital public, répartition inégale d'offre de soins sur le territoire, autant de facteurs qui ne permettent pas de répondre à la demande, de traiter les patientes et patients, de les suivre correctement et de permettre aux psychiatres et personnels paramédicaux d'exercer leurs métiers dans de bonnes conditions. Un rapport de l'Assemblée nationale issu de la mission d'information sur la prise en charge des urgences psychiatriques³²² a pointé que « *les problématiques liées à la santé mentale et à la psychiatrie sont plus pressantes que jamais et constituent un enjeu majeur de santé publique, la psychiatrie connaît en France une crise profonde. La prise en charge des urgences psychiatriques illustre les défaillances et les dysfonctionnements systémiques de l'organisation des soins psychiatriques en France* ».

Une mauvaise coordination entre les soins de ville et l'hôpital ou la maternité est également l'une des causes de rupture de suivi. Comme le précise Catherine Deneux-Tharaux³²³, directrice de recherche à l'Inserm³²⁴ et coordinatrice de l'enquête confidentielle sur les morts maternelles, dans le cas des suicides maternels plusieurs causes sont à l'œuvre : **l'inadéquation des soins, le défaut d'organisation en particulier la coordination des soins et des**

321 Fédération hospitalière de France, « Répondre à l'urgence et bâtir l'avenir de la psychiatrie », janvier 2025.

322 Présenté par Mmes Nicole Dubré-Chirat et Sandrine Rousseau, députées, au nom de la commission des affaires sociales, décembre 2024.

323 Entretien de Mme Catherine Deneux-Tharaux par la Délégation aux droits des femmes et à l'égalité du CESE, le 29 avril 2025.

324 L'Institut national de la santé et de la recherche médicale

suivis non adéquats entre ville et hôpital et le défaut d'interaction entre les femmes et le système de soin.

Dans un quart des cas, les antécédents étaient connus de l'équipe obstétricale, ce qui pose la question de l'orientation de la patiente vers des soins adaptés

; dans un autre quart des cas, les antécédents étaient méconnus de l'équipe, montrant la défaillance de suivi et le lien interdisciplinaire encore difficile à coordonner ; enfin dans la moitié des cas, la femme n'avait pas d'antécédent, mais Catherine Deneux-Tharaux indique que les signaux d'alerte étaient présents sans pour autant avoir été reconnus comme tels.

La commission des « 1 000 premiers jours »³²⁵ a donné lieu à la mise en place de politiques publiques volontaristes en matière de santé mentale, avec la participation de nombreuses professionnelles et professionnels de tous horizons notamment pour créer l'application des « 1 000 premiers jours – BLUES³²⁶ » dédié au dépistage de la dépression *post-partum*.

L'application offre notamment un auto-dépistage pour les parents, les orientant vers les bonnes personnes en cas de souffrance, et un questionnaire pour les professionnelles et professionnels en lien avec la périnatalité. L'association Maman Blues animait alors la plateforme : selon leurs chiffres entre octobre 2021 et février 2024, près de 123 000 évaluations ont été passées via l'application. 14,8 % présentaient des idées suicidaires fréquentes. 57 % avaient un score supérieur à 13 (13 étant le score au-delà

duquel des éléments caractéristiques d'une dépression du *post-partum* sont identifiés.)³²⁷. Malgré les résultats, l'association dénonce un manque de budget pérenne qui ne permet plus à l'application de fonctionner³²⁸.

La connotation négative de la rencontre avec une ou un psychiatre semble avoir de l'importance dans le manque de suivi, de même que la méconnaissance de la pathologie. Selon Sarah Tebeka, les femmes craignent d'être hospitalisées de force si elles rencontrent un médecin, que l'on puisse leur retirer leur enfant, qu'elles soient forcées à prendre des traitements médicamenteux, voire qu'elles soient prises pour des folles³²⁹.

Enfin, **les symptômes sont minimisés, banalisés**, à commencer par le personnel soignant, qui estime que la plupart des symptômes décrits dans la dépression *post-partum* sont liés aux complications « normales » de la grossesse et de la vie après l'accouchement. La fatigue extrême est due aux nuits hachées, la baisse de moral est due à la fatigue, les oublis et la perte de repères sont dus à la gestion « classique » d'un nouveau-né etc. Les témoignages des proches, des femmes qui sont « passées par là », tendent également à banaliser le mal-être de la mère.

Pourtant, les conséquences peuvent être funestes pour la mère, comme évoqué plus haut, funestes aussi pour l'enfant car les risques d'infanticide augmentent. Hors considérations directement mortelles, la dépression peut avoir de graves conséquences sur le développement de l'enfant. En effet, la dépression peut créer une difficulté à établir un lien entre

325 Voir C. 1. Du présent avis.

326 1000jours - Blues Site de l'État [consulté en juillet 2025].

327 Pétition - Le gouvernement abandonne la politique des 1000 premiers jours ! - France · Change.org

328 Voir III. C. 1. Du présent avis.

329 Audition de la Docteure Sarah Tebeka par la Délégation aux droits des femmes et à l'égalité du CESE, le 28 janvier 2025.

la mère et le nouveau-né. Cela a pour conséquences de créer chez ce dernier de possibles retards de développement, des troubles cognitifs et émotionnels, des troubles du développement social, de l'alimentation ou encore du sommeil. Les troubles peuvent les suivre jusqu'à l'âge adulte.

Pour aller encore plus loin dans la réflexion autour du soin à apporter à la mère *post-partum*, certaines cultures intègrent pleinement le besoin et la nécessité du repos et la société s'organise autour de la mère et du nourrisson pour leur apporter un soin particulier. Il s'agit du « Mois d'or ».

Le 21 juin 2025, le Gouvernement a publié un décret³³⁰ relatif aux modalités de mise en œuvre de l'expérimentation visant à mettre en place un parcours de prise en charge de la dépression *post-partum*. Cette expérimentation confiée aux Agences régionales de santé a pour objectif « d'améliorer le repérage et la prise en charge des parents confrontés à la dépression *post-partum* ». Une évaluation sera réalisée afin d'établir la pertinence d'une généralisation des dispositifs.

Le « Golden Month »

La pratique ancestrale du « *Golden Month* », « le mois d'Or » en français, est originaire de Chine et de la médecine chinoise. Cependant on trouve l'origine un peu partout dans le monde, en Amérique du Sud au Japon, et au Moyen-âge en France sous le nom de « relevailles ». Cette période des 30 à 40 jours post-accouchement est alors considérée comme une période particulièrement fragile pour les femmes. C'est un temps sanctuarisé pour apporter tout le soin nécessaire à la mère pour son repos. Il est pensé pour que le reste de la famille ou de tierces personnes délestent la mère et les parents de toute tâche domestique, lui préparent tous les repas et lui permettent de dormir, tout en se concentrant sur la création du lien avec le nourrisson. C'est une revendication émergente en Occident. Certaines initiatives individuelles voient le jour, mais ce « Mois d'Or » reste totalement marginal dans nos sociétés.

³³⁰ Décret n° 2025-559 du 21 juin 2025 relatif aux modalités de mise en œuvre de l'expérimentation visant à mettre en place un parcours de prise en charge de la dépression *post-partum*.

Ainsi, prévenir, dépister et soigner la dépression périnatale est une urgence vitale. Comme le suggèrent les signataires d'une tribune collective : « *Faisons de la santé mentale périnatale l'un des axes forts des politiques de santé publique* »³³¹, de nombreuses pistes existent avec l'objectif de « *renforcer la volonté collective d'agir* » :

- Consolider la coordination entre les professionnels et professionnelles de santé, notamment entre les structures et le libéral, comme l'a parfaitement souligné l'enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles ;
- Allonger le congé du co-parent pour réduire l'isolement des mères³³² et augmenter la visibilité et l'accessibilité des groupes de pairs (qu'il s'agisse de groupes de parole, des applications mobiles ou autre) ;
- Former les managers et manageuses et les professionnels des départements des ressources humaines à une meilleure prise en compte de la réalité de la maternité, sans discrimination, mais avec bienveillance et soutien.

Le CESE soutient ces recommandations qui permettent d'envisager la prise en compte de la santé mentale périnatale de manière globale.

PRÉCONISATION #12

Le CESE préconise au ministère chargé de la santé publique de mener des campagnes d'information de grande envergure et récurrentes sur les troubles mentaux en période périnatale auprès du grand public, et des familles.

PRÉCONISATION #13

Le CESE demande le renforcement de la formation initiale et continue des professionnelles et professionnels de santé en intégrant des modules spécifiques à la santé mentale périnatale dans toutes les filières pour améliorer le repérage des troubles et contribuer à mieux informer les patientes.

4. La mise en œuvre réelle des entretiens pré et post natsals pourraient être l'une des solutions

L'entretien prénatal précoce (EPP) créé en 2007, conseillé à partir du 4^e mois de grossesse mais possible à tout moment de la grossesse, a été rendu obligatoire en mai 2020³³³. Il est pris en charge à 100 % par l'Assurance maladie, à condition d'avoir procédé à la déclaration de grossesse³³⁴. Sans couverture sociale, les centres de PMI peuvent procéder à cet entretien mais ensuite les orientations

331 Le Monde, tribune collective « Faisons de la santé mentale périnatale l'un des axes forts des politiques de santé publique », octobre 2024.

332 Voir III. C. 4. 1) du présent avis.

333 Article L2122-1 du code de la santé publique.

334 Voir le III. C. 1. du présent avis.

vers des services spécialisés sont plus difficiles.

Selon le ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles, en 2023, 64 % des femmes enceintes auraient bénéficié d'un entretien prénatal précoce³³⁵. En revanche, selon la présidente de l'Ordre national des sages-femmes, il n'aurait bénéficié qu'à 30 % des femmes, qui seraient celles en ayant le moins besoin³³⁶.

L'entretien post-natal précoce (EPNP) est devenu une étape obligatoire du parcours de soins des femmes en *post-partum* depuis le 1er juillet 2022³³⁷. « *Cet entretien a pour objet, dans une approche globale de prévention en postpartum, de repérer les premiers signes de la dépression du postpartum ou les facteurs de risques qui y exposent et d'évaluer les éventuels besoins de la femme ou du conjoint en termes d'accompagnement. Un deuxième entretien peut être proposé, entre les dixième et quatorzième semaines qui suivent l'accouchement, par le professionnel de santé qui a réalisé le premier entretien aux femmes primipares ou pour lesquelles ont été constatés des signes de la dépression du postpartum ou l'existence de facteurs de risques qui y exposent.* »

Alors que la dépression est identifiée comme un enjeu de santé publique majeur, **cet entretien n'est remboursé qu'à 70 % par l'Assurance maladie**. L'entretien pris totalement en charge est celui prévu entre les 6 à 8 semaines *post-partum*, par un médecin ou sage-femme, sur des sujets plus généraux tels que la contraception, l'alimentation, etc.

Comme l'objectif est de pouvoir s'adresser à toutes les femmes, le remboursement partiel ne permet pas de s'adresser aux femmes les plus vulnérables, qui pourtant sont les cibles prioritaires de ce type de politique publique. C'est en partie ce qui explique que les femmes ne s'y rendent pas ou en faible nombre.

Trois ans après l'inscription dans la loi, on estime en effet à 20 %³³⁸ seulement le nombre de femmes ayant bénéficié de cet entretien. « *Cet entretien postnatal précoce n'est malheureusement pas à la hauteur de ces ambitions, puisqu'il est très peu réalisé, à l'instar de l'entretien prénatal précoce*³³⁹ ».

335 L'entretien prénatal précoce - ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles, consulté le 16 avril 2025.

336 Audition de Isabelle Derrendinger, présidente du Conseil national de l'Ordre des sages-femmes, par la délégation aux droits des femmes et à l'égalité du CESE, le 12 mars 2025. Voir II. A. 1. du présent avis.

337 Article L2122-1 du code de la santé publique, modifié par la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la Sécurité sociale pour 2022.

338 Audition de la docteure Sarah Tebeka par la délégation aux droits des femmes et à l'égalité du CESE, le 28 janvier 2025, en attendant les chiffres officiels du SMDS.

339 Audition de Isabelle Derrendinger, présidente du Conseil national de l'Ordre des sages-femmes, par la délégation aux droits des femmes et à l'égalité du CESE, le 12 mars 2025.

PRÉCONISATION #14

Le CESE demande que l'entretien post-natal précoce soit remboursé à 100 % par l'Assurance Maladie afin d'assurer son effectivité et un meilleur suivi des familles.

II - La périnatalité révèle et exacerbe des inégalités sociales et territoriales

L'organisation de l'offre de soin, tant au niveau de la prise en charge de la périnatalité que pour tous les autres soins, **est un enjeu d'équité sociale et territoriale**. Tout au long de leur grossesse, dans les mois qui suivent l'accouchement et plus encore le jour de l'accouchement -surtout lorsqu'il ne survient pas dans les délais programmés-,

les femmes doivent pouvoir accéder le plus rapidement possible aux professionnelles et professionnels et aux structures hospitalières et de santé. Cela est loin d'être le cas. Non seulement les inégalités territoriales vont croissantes en matière de périnatalité, mais les inégalités sociales se creusent entre les femmes.

A. Des territoires très inégalement dotés, des fermetures de maternités

Les inégalités territoriales en matière de santé sont prégnantes. Elles se ressentent particulièrement dans le nombre et la répartition de médecins en exercice mais aussi dans les dotations des départements et maternité et équipements néonataux. La même analyse peut aussi être faite concernant le nombre très insuffisant sur certains territoires de professionnelles et professionnels et de structures pouvant prendre en charge la santé mentale des femmes.

Les départements hospitalo-universitaires voient leurs effectifs de médecins augmenter et rajeunir (à quelques

exceptions près), tandis que les régions périphériques, où la population est plus âgée, subissent une diminution des effectifs médicaux et un vieillissement de leurs praticiens et praticiennes. **Les inégalités territoriales se creusent en matière de nombre de médecins par habitant**. Ainsi le centre-Val-de-Loire avec 2,8 % et la Bourgogne-Franche-Comté avec 3,6 % des effectifs totaux de médecins sont parmi les moins bien dotés, l'Île de France concentrant 20 % des effectifs. Il existe également des disparités entre départements au sein d'une même région : ainsi en Auvergne-Rhône-Alpes l'Isère concentre 15,3 % des effectifs

de médecins pour 1,4 % dans le Cantal³⁴⁰.

L'observation de l'âge moyen des médecins en activité par département au 1er janvier 2024 laisse apparaître une diagonale s'étendant du nord-est au sud-ouest de la métropole, suivant ainsi la fameuse « diagonale du vide ». Ainsi, les départements comptant les médecins les plus âgés sont l'Indre, le Cher ou encore l'Yonne. Ces départements sont donc davantage susceptibles de devenir des déserts médicaux. A l'inverse, les départements comptant les médecins les plus jeunes se situent principalement au nord-ouest, à proximité de la façade Atlantique, à l'instar du Finistère, de la Loire Atlantique ou du Maine et Loire.

En 2024, le ministère de la santé recense 457 maternités. Il y en avait 1 369 en 1975³⁴¹. Depuis le début des années 1970, une réglementation plus stricte a permis d'enrayer la mortalité infantile en sécurisant les plateaux techniques des maternités. La mortalité infantile est ainsi passée de 18 % en 1972 à 4,8 % en 1998. A cette date (1998) des décrets instaurent différents types de maternités classées selon leur équipement et le personnel présent. Puis en 2007, la RGPP³⁴² instaure une politique de réduction des dépenses publiques touchant les 3 versants de la fonction publique dont la branche hospitalière. En 2025, **les taux de mortalité infantile qui se sont mis à augmenter à partir**

des années 2010, se rapprochent de ceux connus en 2000.

Les différentes enquêtes montrent que les femmes souhaitent avoir des accouchements sécurisés (donc en maternité dotée des plateaux techniques assurant une prise en charge optimale en cas de problème) tout en préférant un accompagnement personnalisé et une proximité du domicile. Ces injonctions peuvent paraître contradictoires mais sont en réalité plutôt cohérentes. Différents types de maternités présentent certains critères recherchés, mais il est difficile de les combiner tous à moins d'habiter près d'un grand CHU et d'y être accompagnée de bout en bout par une équipe médicale identifiée, ce qui est assez rare.

1. Les différents types de maternité

Les maternités de type 1

accueillent les futures mères dont la grossesse et l'accouchement ne présentent a priori aucun risque. Elles disposent d'une unité d'obstétrique avec une présence organisée de sages-femmes, d'obstétriciens, de pédiatres et d'anesthésistes-réanimateurs. Elles assurent la prise en charge permanente : de la grossesse avec le dépistage des facteurs de risque ; de l'accouchement et des actes de chirurgie abdomino-pelvienne liés à la grossesse, à l'accouchement et à la délivrance ; du suivi des nouveau-nés dont la naissance est intervenue

³⁴⁰ Atlas de la démographie médicale en France situation au 1er janvier 2024.

³⁴¹ La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), « Liste des maternités de France au 31 décembre 2023 », 2024.

³⁴² La Révision générale des politiques publiques (RGPP) de réduction des dépenses publiques touche les 3 versants de la Fonction Publique.

dans l'établissement. En décembre 2024, le nombre de maternité de type 1 s'élève à 160 pour une moyenne de 745 accouchements par an³⁴³.

Les maternités de type 2 disposent en plus d'une unité d'obstétrique, d'un service de néonatalogie pouvant prendre en charge les enfants dont la prématurité est supérieure à 33 semaines. Cette unité de néonatalogie accueille des enfants nés dans l'établissement ou ailleurs, elle assure la surveillance et les soins spécialisés des nouveau-nés à risque et de ceux dont l'état s'est dégradé après la naissance. Elles peuvent, dans des conditions précises, disposer d'un secteur de « soins intensifs néonataux » leur permettant notamment d'assurer, si nécessaire, une ventilation artificielle pendant quelques heures. Elles prennent en charge les nouveau-nés à partir de 32 SA et de plus de 1 500 grammes, en l'absence de pathologies fœtales graves. En décembre 2024, le nombre de maternité de type 2 s'élève à 230 pour une moyenne variant de 1 399 (maternité de Type 2a) à 1 981 (maternité de type 2b) accouchements par an³⁴⁴.

Les maternités de type 3 disposent d'une unité d'obstétrique comme les maternités de type I et les maternités de type II. Elles possèdent une unité de néonatalogie avec un secteur de soins intensifs et une unité de réanimation néonatale permettant la surveillance et les soins spécialisés des nouveau-nés présentant des détresses graves ou des risques vitaux. Elles prennent en charge des enfants nés ou

non dans l'établissement. Les grands prématurés et les grands hypotrophes³⁴⁵ sont pris en charge par ce type de maternité afin de diminuer les risques de mortalité. Selon les usages, les seuils de prise en charge sont inférieurs à 32 SA ou au-dessous de 1 500 grammes. La nécessité d'une prise en charge néonatale pluridisciplinaire sophistiquée en cas de malformation fœtale (hernie diaphragmatique, transposition des gros vaisseaux par exemple) justifie également une orientation anténatale vers ce type de maternité. En décembre 2024 le nombre de maternité de type 3 s'élève à 67 pour une moyenne de 3 224 accouchements par an³⁴⁶.

Les cliniques ou hôpitaux d'une même zone géographique doivent travailler en réseau pour assurer la meilleure coordination des soins, notamment entre établissements publics et établissements privés.

En 1996, 43 % des accouchements avaient lieu dans les maternités de type 2 et 3. En 2020 ce sont 83 % des accouchements qui y sont réalisés. A elles seules les maternités de type 3 assurent 31 % des naissances³⁴⁷.

343 La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), « Liste des maternités de France au 31 décembre 2023 », 2024.

344 *Ibid.*

345 Nourrisson de faible poids.

346 La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), « Liste des maternités de France au 31 décembre 2023 », 2024.

347 Anthony Cortes et Sébastien Leurquin, « 4,1 le scandale des accouchements en France », éd Buchet-Chastel 2025. Ce livre enquête bien sourcé est largement cité dans ce texte car il constitue un apport utile à la compréhension du taux de mortalité infantile en France. Le CESE a toutefois vérifié les données en allant directement consulter les organismes compétents.

2. Un partage des prises en charge entre établissements privés et publics de plus en plus inégalitaire

Des établissements privés ont essaimé depuis l'après-guerre sur tout le territoire. En 1975, il existe 716 maternités privées, soit un nombre supérieur aux établissements publics. Mais ce nombre diminue (elles ne sont plus que 234 en 2003 et aujourd'hui 107, sachant que certaines vont ou pourraient fermer en 2025). Ces fermetures entraînent mécaniquement une baisse de l'offre de soins et un report sur l'hôpital public. Si, d'après le livre enquête de Cortès et Leurquin³⁴⁸, les premières fermetures ont été causées par une législation plus stricte, les fermetures les plus récentes seraient pour leur part dues à un manque de rentabilité de ces établissements. Les établissements privés de proximité assurant un maillage fin des territoires sont les plus touchés. **Désormais 40 départements sur 101 n'ont plus de maternité privée, accentuant la désertification médicale.** Entre 2012 et 2022, la proportion d'accouchements réalisés dans les maternités publiques a augmenté de 67 % à 73 % alors que ceux réalisés dans le privé est passé de 25 % à 19 %³⁴⁹. Ce sont surtout les fermetures d'établissements privés qui ont entraîné une baisse globale du nombre de maternité.

Après avoir échangé avec un responsable d'un grand groupe de santé privé qui reconnaît que le manque de revalorisation par l'État du financement des maternités privés oriente ces groupes davantage vers la chirurgie que la maternité, les journalistes Cortès et Leurquin soulignent qu'un acte de chirurgie pour poser une prothèse est remboursé par l'assurance maladie jusqu'à hauteur de 6 000 € aux groupes privés alors qu'ils touchent 3 fois moins pour un accouchement³⁵⁰.

3. Les fermetures de maternités

La diminution du nombre de maternités en France est corrélée à une baisse de la natalité et donc au nombre global d'accouchements. Mais ce sont aussi et surtout des impératifs financiers couplés à des objectifs de sécurisation des accouchements qui ont conduit à une diminution du nombre de maternités de 40 % en 30 ans, dont 20 % pour la seule période 2010-2023, avec moins 30 % pour certains départements.

L'instauration de seuils au-delà desquels les établissements doivent fermer crée des inégalités territoriales. Or ces seuils ont été définis par des décrets datant de 1998.

En effet, **deux décrets édictés en 1998³⁵¹ fixent le seuil de 300 accouchements par an et par**

³⁴⁸ *Ibid.*

³⁴⁹ La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), « Les établissements de santé en 2022 », 2024.

³⁵⁰ Anthony Cortès et Sébastien Leurquin, « 4,1 le scandale des accouchements en France », éd Buchet-Chastel 2025.

³⁵¹ Décrets 98-899 et 98-900 du 9 octobre 1998 relatifs aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à pratiquer les activités d'obstétrique, de néonatalogie ou de réanimation néonatale.

établissement pour maintenir une maternité. Cette règle se veut protectrice de la mère et du fœtus, l'État estimant qu'en dessous de ce volume d'activité les personnels soignants ne seraient pas suffisamment rodés pour gérer des situations à risque. La logique est donc de fermer les petites unités jugées en dessous des standards attendus, même si des dérogations restent possibles pour continuer à prendre en charge les populations isolées. En réalité **cette exception aux fermetures va progressivement disparaître** lorsque les objectifs de l'Etat, à partir des années 2007 et de l'application de la RGPP, seront moins animés par des raisons sanitaires que des raisons financières assumées.

Alors que la mortalité infantile remonte et fait de notre pays une des lanternes rouges de l'UE, **la Cour des Comptes et l'Académie de médecine persistent pourtant dans leurs recommandations de fermer encore plus de maternités.** Dans son rapport de mai 2024³⁵² la Cour des comptes déplore qu'une vingtaine de maternités dérogent toujours au seuil minimal de 300 accouchements annuels. L'Académie de médecine dans un rapport de 2023³⁵³ vise même les unités procédant à moins de 1 000 accouchements, qu'elle recommande de supprimer ou de regrouper. Ce seraient donc 111 maternités de type 1 dont l'activité devrait être supprimée.

La conséquence directe est **l'éloignement croissant de la population des maternités.** Comme l'écrivent Cortès et Leurquin : « ...au nom de la sécurité et de

*la qualité des soins la distance entre les maternités et les femmes n'a cessé de croître ; En France elles sont désormais 900 000 en âge de procréer à vivre à plus d'une demi-heure d'une maternité. Et la part de celles résidant à plus de 45 minutes a augmenté de 40 % depuis 2 000*³⁵⁴ ».

Les femmes les plus exposées résident dans les zones rurales : des fermetures peuvent se cumuler sur un même territoire : par exemple **dans le Lot**, la proportion de femmes résidant à plus de 45 minutes d'une maternité passe de 6 % en 2000 à 24 % en 2017. **Depuis 2000, trois maternités sur quatre du département ont été fermées. En parallèle le taux de mortalité infantile n'a cessé de croître sur ce territoire atteignant 6,2 ‰ soit le taux le plus élevé de France hexagonale.** Si les déterminants de cette hausse sont probablement multifactoriels, avec une paupérisation de la population, il est toutefois raisonnable de s'interroger sur les effets directs et indirects de cet éloignement des mères des maternités. Hélas les systèmes d'information dont on dispose ne permettent pas actuellement d'identifier les facteurs en cause de la mortalité infantile. Pour la présidente de l'Ordre des sages-femmes du Lot, la distance constitue bien une réduction des chances de survie du fœtus en cas de complication. **A tout le moins, cette distance croissante est une prise de risques tant pour la mère que pour l'enfant.**

La maternité restante, celle de Cahors, a même dû fermer un week-end du mois d'août 2023 à cause de l'absence

352 Cour des Comptes, « La politique de périnatalité : des résultats sanitaires médiocres, une mobilisation à amplifier », mai 2024.

353 Académie nationale de médecine, « Planification d'une politique en matière de périnatalité : organiser la continuité des soins est une nécessité et une urgence », 28 février 2023.

354 Ces derniers chiffres sont tirés de la revue « Etudes et résultats » n°1201 publiée par la DRESS en juillet 2021.

de pédiatre. Sans en avoir été préalablement averties, les patientes ont été renvoyées vers des villes comme Brive, Montauban ou Villefranche de Rouergue, parfois à plus d'une heure de chez elles ce qui a pu causer un stress intense pour la future mère et son entourage et favoriser les dépressions *post-partum*.

En Occitanie 3 des 13 départements (Lot, Lozère et Gers) n'ont plus qu'une seule maternité, 6 d'entre eux ont un taux de mortalité infantile supérieur à la moyenne nationale.

Au niveau de l'Hexagone, dix départements n'ont plus qu'une maternité.

Selon une étude commanditée par France 5 en 2019 pour une émission « naître en France » : **la proximité est pourtant le premier critère de choix des femmes quant au lieu d'accouchement.** 49 % des interrogées mettent ce critère en avant pour les services personnalisés qu'elles y reçoivent : dans les petites structures, les sages-femmes prennent tout en charge : consultations, suivi, salle de naissance. La relation sage-femme/parturiente est de qualité, basée sur la confiance. Ce n'est souvent pas le cas dans les grands centres de maternité parfois qualifiés d'« usines à bébés », où le lien entre personnel soignant et patiente peut être délité, la surcharge de travail amenant les personnels à travailler en flux tendu sans aucun espace pour un accompagnement de qualité. Des structures où, selon les personnels eux-mêmes, on échappe souvent de

peu à la catastrophe.

Localement, chaque fermeture de maternité est mal vécue par les populations des territoires concernés :

déclassement, abandon, maltraitance envers les futures mères, les manifestations sont régulières lorsqu'une maternité est menacée. Se rendre à une maternité loin de chez soi signifie perte des repères, isolement, stress mais aussi parfois, pour les plus démunis, un coût en essence pénalisant.

Pourtant, ces petites structures sont en danger. Elles peinent de plus en plus à respecter les règles de sécurité concernant les 4 piliers dont elles doivent obligatoirement être dotées : présence de sages-femmes, pédiatres, gynécologues-obstétriciens, anesthésistes. C'est le manque de pédiatre qui a fait fermer la maternité de Cahors pendant un weekend d'été. Selon le rapport « continuité des soins et démographie » du Conseil national des gynécologues et obstétriciens publié en 2022, 91 % des maternités de moins de 1 000 naissances connaissent des tensions sur le nombre de personnels. Ces maternités, qui devant le manque de moyens pérennes font souvent appel à de l'interim, seraient donc en sursis.

La présidente de l'Ordre des sages-femmes lors de son audition³⁵⁵, indiquait **qu'il faut cesser de fermer toutes les maternités en ne tenant compte que des seuils de naissance.** Ces fermetures, si elles ont lieu, doivent se faire sous

355 Audition de Mme Isabelle Derrendinger, présidente de l'Ordre des sage-femmes, directrice de l'école des sage-femmes de Nantes par la délégation aux droits des femmes et à l'égalité du CESE, 12 mars 2025.

l'égide d'une doctrine nationale mais aussi **être pensées à l'échelle territoriale** en rassemblant les collectivités locales, les décideurs publics, les professionnels et professionnelles de santé concernés et surtout les usagères et usagers de ces systèmes de santé. C'est par territoire qu'il faut penser la meilleure organisation possible.

L'État semble peiner à agir alors qu'il a juridiquement les moyens d'empêcher les fermetures de maternités lorsque celles-ci fonctionnent bien et qu'elles constituent un élément majeur de l'équité territoriale. Si un ou deux cas de fermeture de maternité ont fait l'objet d'une saisine de la justice et mise en examen des protagonistes pour « banqueroute, escroquerie et abus de confiance », il est en fait très difficile pour l'État d'obliger les groupes privés à maintenir leur activité de soins en maternité, même lorsqu'elles sont vitales pour un territoire. Interrogé par les auteurs du livre 4,1, un directeur d'ARS reconnaît cette impuissance et indique que la seule action possible de l'Agence est une réorganisation post-fermeture sur les autres établissements du territoire et ce, la plupart du temps, sans moyen supplémentaire.

Face à l'accroissement de la mortalité infantile, l'Assemblée nationale a adopté en première lecture le 15 mai dernier un **texte visant à instaurer « une stratégie nouvelle en matière de périnatalité »**. Ce texte, dont il est trop tôt pour savoir ce qu'il adviendra, propose un **moratoire de trois ans sur la fermeture des maternités**.

PRÉCONISATION #15

Afin de garantir à toutes l'accès à un service public d'intérêt général tout en préservant la sécurité des accouchements, le CESE préconise :

- que les décisions de fermetures de maternités soient conditionnées à une concertation préalable entre usagères, collectivités locales, décideurs publics, professionnelles et professionnels de santé concernés afin de prendre en compte les spécificités sociales et territoriales ;
- de définir d'autres critères que le seul seuil des 300 naissances annuelles pour la fermeture des maternités ;
- une évaluation nationale des critères retenus.

4. Le flux tendu des grosses structures, un accompagnement des femmes dégradés, des personnels en souffrance

Les maternités de type 3 sont celles qui disposent de plateaux techniques les plus complets pour accueillir tous les accouchements, y compris les plus à risques. Les centres hospitaliers universitaires (CHU) font partie des plus importants (Bordeaux, Lille, Corbeille-Essonne, Toulouse, Port-Royal) et connaissent des volumes de plus de 5 000 accouchements annuels. Si ces gros établissements sont sans doute les plus sécurisés, l'enquête menée par Cortès et Leurquin laisse entrevoir des réalités plus mitigées. Ces grosses structures, qu'ils qualifient d'« usines à bébés » seraient soumises à des logiques de productivité, connaîtraient

parfois des conditions de travail dégradées, des accueils de femmes de mauvaise qualité, des personnels en souffrance. Les journalistes ont recensé plusieurs témoignages éloquentes de personnels y travaillant faisant état de pressions ingérables lorsqu'ils, et surtout elles car cela concerne essentiellement les sages-femmes, font face à un afflux de femmes accouchant, la peur constante de la faute et parfois, le drame.

Rappelant **que, en Suède** (où le taux de mortalité infantile décroît d'année en année³⁵⁶) **la norme est d'une sage-femme pour une parturiente**, en France et particulièrement dans ces grandes unités, les sages-femmes peuvent être amenées à gérer en simultanément 3 ou 4 femmes qui accouchent. Cela engendre une moindre qualité des soins pouvant générer des troubles de santé mentale post-accouchement pour les mères mal accompagnées mais aussi des décès de nourrissons. Le degré de satisfaction, le bien-être des mères n'est jamais ou rarement mesuré. Le modèle prédominant des grandes structures serait du flux tendu et des situations d'urgence permanentes, avec une dégradation de la qualité du suivi et des soins. La préoccupation des sages-femmes ne semble plus être l'accompagnement des femmes mais se concentre sur le fait que la naissance se déroule sans accident majeur.

Ainsi témoigne une sage-femme

du CHU de Toulouse : « un jour 14 femmes accouchaient alors qu'on ne pouvait en accueillir que 7. On était sous l'eau, forcément on a négligé des patientes.... J'ai aidé une première femme à accoucher à 9 heures, la deuxième à 9h12, la troisième 10 minutes plus tard. Le « et si... » guette, l'insécurité fait partie des murs. Si l'on avait dû faire face à la moindre complication, nous aurions perdu le contrôle de la situation. Comme toujours ça se joue à très peu³⁵⁷... ».

Une autre indique « On se dit le plus souvent « il va nous arriver une m..., on va avoir un problème. On nous sert sans cesse des chiffres lorsqu'on demande davantage de moyens. On nous dit : « votre moyenne c'est 3 accouchements par tranche de 24 heures. Oui, certes, mais parfois c'est zéro, parfois 3, parfois c'est 10 ! et quand c'est 10, c'est le chaos³⁵⁸ ».

Le taux d'occupation des lits des maternités a fortement augmenté, passant de 22 accouchements par lit en moyenne en 1975, 49 en 2020 soit plus du double alors que la durée de séjour a diminué, passant de 8 jours en 1975 à 4,5 jours en 2022.

5. L'interim, un problème récurrent dans les maternités

En France, les maternités connaissent une pénurie de personnel. Ce déficit concerne en premier lieu les sages-femmes.

³⁵⁶ Le taux de mortalité infantile en Suède était de 2,4 ‰ en 2020. Il est tombé à 1,8 ‰ en 2021. La tendance est claire : en dix ans, la mortalité infantile a baissé de 20 % en Suède, contre 10 % au niveau européen in « Mortalité infantile : en Suède les femmes enceintes et les nouveau-nés suivis de près » Anne-Françoise HIVERT, Le Monde, 2 mai 2022.

³⁵⁷ Anthony Cortes et Sébastien Leurquin, « 4,1 le scandale des accouchements en France », éd Buchet-Chastel 2025, page 82.

³⁵⁸ Ibid.

Il touche également les gynécologues-obstétriciens et obstétriciennes, les anesthésistes et les pédiatres, avec des perspectives d'évolution préoccupantes compte-tenu de la pyramide des âges dans ces professions. En 2022, **5 600 gynécologues-obstétriciens et obstétriciennes** exercent en France, soit une densité moyenne de 8,4 pour 100 000 habitants et habitantes. Leur âge moyen est de 51 ans³⁵⁹. Le Conseil National de l'Ordre des Gynécologues-obstétriciens français (CNGOF) note dans son rapport de 2022³⁶⁰ le manque de données disponibles quant à la participation de gynécologues-obstétriciens et obstétriciennes à la permanence des soins ainsi que leur nombre au sein des structures. Il souligne que les informations sont très partielles pour les modalités et types d'exercice des gynécologues-obstétriciens et obstétriciennes.

Si le nombre d'internes augmente depuis les années 2000 avec une féminisation de la profession, « **la répartition territoriale est très inégale et ne correspond pas de façon évidente aux besoins de la population et aux capacités de formation.** Le nombre d'internes reste insuffisant (...). Une nouvelle augmentation du nombre d'internes est absolument nécessaire, elle ne permettra cependant pas de combler les défauts structurels d'attractivité de la profession et des maternités les plus en difficulté ». Le rapport précise : « **Seulement 50 % des internes formés à la gynécologie-obstétrique souhaitent poursuivre et poursuivent effectivement une activité de garde. L'arrêt de la participation à la permanence des soins survient à**

peine quelques années après l'internat. Une part importante des jeunes gynécologues-obstétriciens n'est pas satisfaite de l'environnement hospitalier public ou privé et renonce à toute activité hospitalière pour une activité exclusive de consultations en cabinet ».

« Les données démographiques au sein des maternités ne sont pas collectées en routine. Une enquête nationale menée par la commission a permis d'observer des tensions démographiques (nombre de praticiens insuffisants, nombre de gardes trop élevé, recours régulier à l'intérim) pour 91 % des maternités de moins de 1000 naissances, 48 % des maternités de 1000 à 2000 naissances et 8 % pour celles assurant plus de 2000 naissances. Ces chiffres confirment une situation d'une particulière gravité. Les tensions apparaissent directement liées à la taille et au type des structures (79 % des types 1 en tension), en cohérence avec l'évolution constatée des modalités d'exercice ».

Pour combler ces lacunes, les maternités doivent recourir à l'intérim : pour une rémunération supérieure à la moyenne des médecins intérimaires assurant des missions temporaires pour combler les manques de personnel des établissements hospitaliers. Le nombre de praticiens intérimaires a doublé entre 2013 et 2022³⁶¹ « passant de 6 000 à 12 000 praticiens, attirés par l'autonomie de ce mode d'exercice leur offrant une totale maîtrise de leur temps de travail, le contrôle de leurs congés et surtout l'assurance d'un haut niveau de rémunération lié au tarif de journée d'intérim appliqué ». Ces tarifs confortables iraient, selon l'Académie de

359 Site internet : [Chiffres clés : Médecin généraliste | Profil Médecin](#) [consulté le 10 juillet 2025]

360 Le Collège national des gynécologues et obstétriciens français, « Pérennité des équipes, quel avenir pour la continuité des soins en gynécologie-obstétrique ? », Rapport 2022.

361 Académie de médecine, « Sortir les hôpitaux du piège de l'intérim médical », 27 avril 2023.

médecine, de 2 500 à plus de 5 000 € la journée.

Alors qu'un praticien hospitalier reçoit entre 260 et 600 € (pour une garde de 24 heures) par jour travaillé, un intérimaire touche entre 650 et 1 000 € dans les mêmes cas de figure³⁶². Ces coûts sont délétères pour les établissements surtout lorsque le recours aux intérimaires se multiplie. La facture s'élèverait, selon la Cour, entre 1,5 et 2 milliards d'€ annuels. D'après l'Académie de médecine, le recours à l'intérim est aujourd'hui de 68 % dans les maternités de type 1 et 75 % dans celles de moins de 1 000 accouchements. Pour maîtriser l'élévation de ces tarifs, un montant maximal de rémunération a été fixé en avril 2023 pour les médecins intérimaires avec un plafonnement, pour une garde de 24 heures, à 1 390 €. Cet encadrement a suscité l'opposition du syndicat représentant les médecins intérimaires et a déclenché la fermeture récente de certains services, notamment d'accueil des urgences³⁶³. Depuis, la loi serait contournée. Des intérimaires seraient payés juste pour assurer le nombre minimal de praticiens exigé sans effectuer aucun acte³⁶⁴.

Selon les ARS, certains territoires comme la Bourgogne-Franche-Comté auraient couvert leurs besoins de praticiens en tension (dont les gynécologues-obstétriciens, les anesthésistes et les pédiatres) par une couverture des besoins pris en charge à 97% par des intérimaires. En Bretagne, dans certains établissements, ce serait la totalité des besoins qui auraient été couverts par des intérimaires que le ministre de la santé Olivier Véran aurait qualifiés de « mercenaires »³⁶⁵.

La Cour des comptes reconnaît dans son rapport de 2024³⁶⁶ que « *la progression des emplois non pérennes engendre des équipes médicales plus instables* », **ce qui fragilise les services et augmente les risques pour les mères et les fœtus**. La Cour établit d'ailleurs une **corrélation entre les incidents recensés et la présence d'intérimaires dont le recours généralisé** « *fait partie des causes profondes ou facteurs contributifs retrouvés lors de l'analyse des événements indésirables graves associés aux soins* ». La HAS³⁶⁷ confirme, s'agissant des urgences : « *la survenue d'événements graves est explicitement en lien avec la présence de personnels non*

362 Cour des Comptes, « Intérim médical et permanence des soins dans les hôpitaux publics : des dérives préoccupantes et mal maîtrisées », mai 2024.

363 Académie de médecine, « Sortir les hôpitaux du piège de l'intérim médical », 27 avril 2023.

364 Pour en savoir davantage, cf. le chapitre 8 « les mercenaires » in « 4,1 le scandale des accouchements en France », Anthony Cortes et Sébastien Leurquin éd Buchet-Chastel 2025 pages 112 à 130.

365 Anthony Cortes et Sébastien Leurquin, « 4,1 le scandale des accouchements en France », éd Buchet-Chastel 2025, page 118. Le ministre François Braun déclare aux journalistes : « Dans une maternité, le pédiatre et le gynécologues arrivaient à se faire 50 000 € par mois chacun (...) Certains arrivaient à gagner 5 000 € la garde de 24 heures ».

366 Cour des Comptes, « La politique de périnatalité : des résultats sanitaires médiocres, une mobilisation à amplifier », mai 2024.

367 Haute Autorité de Santé, Événements indésirables graves associés aux soins en lien avec les services des urgences : une analyse des déclarations faites par les professionnels et les établissements de santé », 14 mai 2024.

habituels ».

Dans l'ouvrage de Cortès et Leurquin, une sage-femme témoigne « *Que des médecins intérimaires se succèdent engendrent une désorganisation permanente. Nos métiers reposent sur des protocoles précis, notamment en cas d'urgence vitale. Quand un praticien intérimaire débarque, il ne connaît pas les protocoles propres à l'établissement. Au mieux cela engendre des moments d'hésitation et de stress. Au pire, des incidents graves*³⁶⁸ ».

6. Un système de financement à bout de souffle

Pour de nombreux acteurs et actrices du secteur, le modèle économique des activités hospitalières de maternité, de pédiatrie et de soins de néonatalogies apparaît aujourd'hui inadéquat et sous-financé. **En l'état actuel de la tarification, le seuil de rentabilité d'équilibre se situait en 2015, selon la Cour des Comptes, autour de 1 200 accouchements par an**³⁶⁹. Les maternités de type 1 et 2 ne sont donc pas rentables. Elles seraient de surcroît délaissées par les parturientes au profit des seules maternité de type 3.

« **Pour la société française de néonatalogie, la tarification à l'activité a détourné la politique de régionalisation des maternités et la gradation des structures, au point de dégrader la capacité réelle des structures de recours. Selon elle, les accouchements à bas risques ont été attirés dans des**

*maternités de type 3 pour assurer le financement de ces plateaux techniques : « Des maternités publiques de type 3 ont augmenté considérablement leur activité d'accouchements à bas risque dans les années 2000-2015 au point d'engorger la maternité et de refuser, faute de place, des transferts in utero à haut risque »*³⁷⁰.

Le modèle de financement des activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) des établissements de santé, assis sur la tarification à l'activité (T2A)³⁷¹, est fortement critiqué. Une réforme a été initiée dans le cadre de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2024 pour réduire la part de la T2A dans les ressources des établissements et permettre un financement plus adéquat de certaines activités discontinues ou qu'il est impossible de programmer, comme c'est le cas des activités de maternité. Le financement d'un socle fixe sous forme de dotation forfaitaire a été recommandé par l'IGAS afin d'assurer le maintien des maternités jugées nécessaires par les ARS.

Pour sa part, le centre hospitalier de Saint-Denis mobilise régulièrement l'« article 51 » pour obtenir des financements supplémentaires ne dépendant pas des actes produits. Cet article est un dispositif générique d'expérimentation issu de la loi de Sécurité sociale pour 2018 créant un nouvel article L162-31-1 I du code de la Sécurité sociale permettant de tester en vie réelle des organisations innovantes de santé. La durée maximale d'une

368 Anthony Cortès et Sébastien Leurquin, « 4,1 le scandale des accouchements en France », éd Buchet-Chastel 2025, page 115.

369 Cour des comptes, « Les maternités : une réorganisation à poursuivre activement », 23 janvier 2015.

370 Mme Véronique Guillotin, rapporteure, Rapport de la mission d'information, « Santé périnatale et son organisation », Sénat, Septembre 2024.

371 La tarification à l'activité (T2A), mise en place à partir de 2004, s'appuie sur la mesure et l'évaluation de l'activité effective des établissements, qui détermine les ressources allouées. Il s'agit du mode de financement prédominant des établissements de santé pour la médecine, la chirurgie, l'obstétrique et l'odontologie.

telle expérimentation est de 5 ans. L'« Article 51 »³⁷² permet de déroger à de nombreuses règles d'organisation et de financement de droit commun du système de santé listées par la loi. Chaque expérimentation a vocation à tester des nouveaux modèles de financement ayant vocation à se généraliser progressivement.

Le but est de construire une prise en charge autour du patient en liant son parcours au financement proposé pour permettre à ce dernier de favoriser une prise en charge adaptée et coordonnée entre les différents opérateurs. Les patients sont mis au centre des projets 51. Chaque expérimentation est évaluée afin de mesurer le potentiel de généralisation de l'innovation à l'ensemble du système de santé³⁷³.

Le Gouvernement a fait le choix pour 2024 d'accompagner le financement des maternités par une augmentation des tarifs et d'envisager ultérieurement une évolution du modèle. « *Alors que la Cnam indiquait qu'« [sa]*

*connaissance, la proposition de mise en place d'une dotation socle par maternité est aujourd'hui abandonnée, il apparaît nécessaire de poursuivre ce travail. La modulation des financements liés à l'activité par des dotations socles pour les activités des secteurs de naissance conserve toute sa pertinence et sa nécessité. La transformation du modèle de financement du champ MCO doit procéder d'un projet d'évolution de l'offre de soins et pleinement accompagner l'indispensable transformation de l'offre en périnatalité »*³⁷⁴.

PRÉCONISATION #16

Le CESE préconise que les projets innovants conduits en application de l'« article 51 » de la loi de financement de la Sécurité sociale de 2018, qui ont démontré leur efficacité après évaluation, puissent être pérennisés.

B. Rôle des sages-femmes et des PMI, notamment pour les femmes qui ont le plus besoin d'accompagnement

1. Organisation générale des soins de périnatalité : état des services de soins critiques en néonatalogie

D'après la société française de néonatalogie « **Le nombre de lits**

de réanimation néonatale pour 1000 naissances (INSEE 2022) **varie du simple au double dans les régions** de la métropole, entre 0,60 et 1,28 (et de 0,96 à 2,84 dans les DOM-TOM). Par comparaison, aux

372 Article L162-31-1 I du code de la Sécurité sociale.

373 Article 51, guide sur les modèles de financements à destination des porteurs de projet Assurance maladie, non daté.

374 Mme Véronique Guillotin, rapporteure, Rapport de la mission d'information, « Santé périnatale et son organisation », Sénat, septembre 2024.

Etats-Unis, l'offre de soins de réanimation néonatale variait en 2002 de 1,4 à 5,9 lits/1000 naissances et en Chine ce ratio était en 2020 de 1,8 lits /1000 naissances. Malgré la baisse récente de la natalité, l'offre de soins critiques néonataux reste insuffisante d'autant que **l'on observe des fermetures de lits par manque de personnel**, fermetures qui représentaient en moyenne 5 % des lits de soins critiques en juin 2023. En outre, le recul des limites d'âge gestationnel pour la prise en charge de l'extrême prématurité, et le nombre croissant de grossesses poursuivies alors que le fœtus est atteint d'une malformation grave et incurable (+200 % en 10 ans d'après les données de l'Agence de la Biomédecine) augmentent le nombre de nouveau-nés requérant des soins critiques³⁷⁵.

En conséquence, **les taux d'occupation sont très élevés**. Les chiffres sont robustes dans les 3 enquêtes menées entre 2021 et 2023 : pour l'ensemble des lits de soins critiques des types 3, le taux d'occupation moyen varie de 91,3 à 93,8 %. **En réanimation, il est supérieur 100 %** pour 19 % des semaines (enquête SPF 2021) et 22,3 % des journées (enquête juin 2023), soit environ **20 % du temps** ; 43 à 44 % des unités ont un taux d'occupation supérieur à 95 % (enquêtes 2023). De plus, 23 % des services déclarent refuser régulièrement des entrées critiques faute de place (enquête février 2023). Ces chiffres sont préoccupants car **des taux d'occupation élevés sont associés à une augmentation du risque de morbidité sévère et de mortalité chez les grands prématurés** ».

Comme noté supra, le recul de l'âge gestationnel de prise en charge des très grands prématurés combiné au refus

de certaines IMG saturent les services de soins critiques et près de 80 % des services de type 3 comptent au moins 1/3 de leur effectif infirmier ayant moins de 2 ans d'expérience, qui est généralement considéré comme la durée nécessaire pour atteindre un niveau de compétence suffisant pour exercer dans un service de soins critiques néonataux.

Les services de soins critiques sont actuellement en débat à l'Assemblée nationale. La discussion de certains amendements fait ressortir la situation suivante :

« Durant les dernières décennies, la concentration des établissements a conduit à une augmentation des transferts périnataux (in utero et post-partum) vers les maternités de type 2 et 3, [suivant les recommandations en la matière publiées par la Haute autorité de santé en 2012]. Or, depuis plus de dix ans, la répartition et le niveau de l'offre de soins dans les territoires s'est détériorée et la crise des soins critiques néonataux s'est aggravée. **Les transferts ne sont pas seulement « ascendants » mais peuvent être « descendants » (des maternités de type 3 vers des types inférieurs), notamment en raison de la saturation des plus gros établissements...** eux-mêmes parfois confrontés à des refus face au manque de lits dans ceux de type 2, comme en Occitanie. (...) Certains dispositifs spécifiques régionaux de périnatalité indiquent **un taux significatif de refus de transfert pour raisons capacitaires**. Dans ce contexte, la diffusion de nouvelles pratiques en matière de transferts périnataux contribue à renforcer la capacité des équipes médicales à faire face aux situations critiques, en particulier dans

375 Qualité des soins et sécurité des nouveau-nés requérant des soins critiques : état des lieux en 2023. Société française de néonatalogie.

les structures isolées ou à faible effectif³⁷⁶ ».

L'absence d'actualisation des normes encadrant l'activité des maternités depuis plus de 25 ans est critiquée de manière récurrente par la représentation nationale. Au-delà d'un simple besoin de mise à jour, les ratios d'encadrement prévus par les décrets de 1998 sont pointés comme étant désormais inadéquats. Il est proposé de les adapter à la « charge en soins » locale et aux contraintes liées aux actes effectivement réalisés. **Le CESE soutient cet impératif de réviser et d'adapter les décrets de 1998 encadrant l'activité des maternités.**

2. Rôle de première ligne des sages-femmes

Les sages-femmes agissent dans le champ médical, médicosocial et psychosocial. Si elles sont essentielles dans le suivi périnatal des femmes, elles interviennent en réalité tout au long de la vie des femmes et prennent en charge leur santé sexuelle à tous les âges. Cette profession, exercée à 98 % par des femmes reste pourtant, de l'avis même des intéressées, relativement méconnue. **Le rôle des sages-femmes dans la périnatalité est en forte augmentation**, même si, dès lors qu'une pathologie ou qu'un risque est avéré pour les femmes enceintes, celles-ci sont automatiquement dirigées vers un

gynécologue-obstétricien.

Si le ou la gynécologue-obstétricienne reste le ou la professionnelle de santé majoritairement consultée pour le suivi et la surveillance de la grossesse (51,5 %), son importance diminue considérablement par rapport à 2016 au profit des sages-femmes. Ainsi, près de 40 % des femmes ont bénéficié d'un suivi principalement assuré par une sage-femme, quand ce pourcentage n'était que de 23,3 % en 2016. Surtout, c'est la proportion du suivi de grossesse assuré par une sage-femme libérale qui est en forte augmentation passant de 8,5 % à 22,9 % en 2021³⁷⁷. **97,6 % des entretiens prénatals précoces sont désormais effectués par les sages-femmes**, seulement 1,3 % par des gynécologues-obstétriciens et 1 % par les médecins généralistes³⁷⁸. La Cnam, interrogée par la mission d'information sur la périnatalité, indique qu'en 2023, 73 % des femmes ayant accouché cette année avaient vu une sage-femme en libéral pour des actes prénatals (526 000) et 75,3 % pour des actes post-natals (544 000).

La formation des sages-femmes en France compte parmi les plus longues et les plus complètes d'Europe³⁷⁹. Aujourd'hui 100 % des néo-diplômées ont été formées aux violences sexistes et sexuelles. Cette formation est primordiale

376 Amendement proposé par Damien Maudet, député de Haute Vienne le 2 mai 2025.

377 Mme Véronique Guillotin, rapporteure, Rapport de la mission d'information, « Santé périnatale et son organisation », Sénat, Septembre 2024.

378 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.

379 Mme Véronique Guillotin, rapporteure, Rapport de la mission d'information, « Santé périnatale et son organisation », Sénat, Septembre 2024.

car, comme le souligne la HAS³⁸⁰ : « La périnatalité ainsi que le postpartum sont des périodes où le risque de violences au sein du couple est augmenté. » Ces violences sont lourdes de conséquences sur le développement du fœtus et sont à l'origine d'un excès de morbidité natale. Pour les professionnelles il est important de conserver ce titre de sage-femme qui, littéralement, signifie « celle qui donne la sagesse aux femmes, celle qui les aide à devenir mères »³⁸¹. Pour elles, le terme de « maïeuticien » qui est parfois utilisé pour mieux intégrer les hommes, doit rester limité. **Le CESE soutient cette position.**

Dans le cadre de la stratégie des 1 000 premiers jours, un décret de fin 2023³⁸² a mis en place un **dispositif de sage-femme référente** qui renforce son rôle périnatal : désormais la sage-femme référente est chargée d'accompagner la femme enceinte tout au long de sa grossesse, jusqu'à 14 semaines post accouchement, en lien avec les autres professionnelles et professionnels. Au 31 janvier 2024, 2 325 sages-femmes ont été déclarées comme référentes, 16 000 formulaires de déclaration avaient été reçus. Ce dispositif connaît donc une montée en charge rapide, d'autant plus que l'Assurance maladie a engagé une large campagne de promotion auprès des professionnelles et professionnels de santé afin de présenter le rôle de la sage-femme référente et la rémunération associée³⁸³.

Si la mission d'information du Sénat se félicite du succès de ce dispositif, elle s'interroge en revanche sur son

articulation avec d'autres programmes comme le référent « **parcours périnatalité** » (RéPAP), lancé en 2021, qui consiste à proposer aux femmes enceintes un accompagnement personnalisé pendant la grossesse jusqu'au 3 mois du nourrisson. « Les entretiens réalisés dans ce cadre viennent s'ajouter aux consultations de suivi de grossesse et ne donnent pas lieu à la réalisation d'actes de soins. Enfin, le référent peut être issu du secteur médico-social ou un médiateur en santé, ce qui peut être source d'une multiplication des acteurs du suivi ». La Cour des comptes partage cette interrogation : il paraît « *contradictoire de promouvoir, d'une part, un dispositif d'accompagnement périnatal auquel peut contribuer une variété importante d'acteurs, dont les sages-femmes et, d'autre part, de consacrer ces dernières en tant que référentes uniques* »³⁸⁴.

3. Les infirmières-puéricultrices

Les infirmières puéricultrices sont également au cœur des dispositifs périnataux, notamment au sein des PMI. Pourtant, leur rôle n'est pas assez reconnu et leurs actes restent souvent hors nomenclature.

Spécialiste de l'enfance et de l'adolescence, la puéricultrice mobilise son expertise pour poser un diagnostic de santé et de développement de l'enfant et pour mettre en œuvre un projet enfant/parents. Au sein d'une équipe pluriprofessionnelle, elle prend soin des enfants dans une approche globale pour

380 Haute Autorité de Santé, « Situation particulière de vulnérabilité : femme enceinte victime de violences au sein du couple », Recommander Les bonnes pratiques, janvier 2024.

381 Histoire de la profession, Ordre des sages-femmes, [site consulté le 28 mai 2025].

382 Décret n° 2023-1035 du 9 novembre 2023 relatif à la désignation d'une sage-femme référente.

383 Mme Véronique Guillotin, rapporteure, Rapport de la mission d'information, « Santé périnatale et son organisation », Sénat, Septembre 2024.

384 Cour des comptes, La politique de périnatalité : des résultats sanitaires médiocres, une mobilisation à amplifier, rapport public thématique, mai 2024.

maintenir, restaurer et promouvoir leur santé ; dispense des soins de continuité de la vie et des soins techniques en cas d'altération de la santé ; favorise l'autonomie, la socialisation et contribue à l'éveil culturel et artistique de l'enfant ; contribue à l'intégration des enfants en situation de handicap et à la lutte contre les exclusions ; assure des actions de protection de l'enfant ; conçoit des actions de promotion de la santé dans une approche communautaire ; collabore à la gestion administrative et financière des institutions.

À la maternité ou à l'hôpital, les puéricultrices prodiguent des soins infirmiers aux nouveau-nés ou aux enfants malades, informent et accompagnent les parents. Placées sous la responsabilité du médecin, elles l'assistent lors des soins et examens. Leur formation leur permet si besoin, de réaliser des gestes d'urgence. **Dans un centre de PMI** elles reçoivent les mères avec leurs enfants et jouent alors un rôle de prévention, de protection et d'éducation auprès des familles. Il leur arrive aussi de visiter les enfants à leur domicile. **Dans une crèche ou une halte-garderie**, elles animent et encadrent une équipe de professionnelles et professionnels tout en continuant à s'occuper des enfants présents. Les équipes qu'elles dirigent sont composées d'éducateurs et éducatrices de jeunes enfants, d'auxiliaires de puériculture et d'assistantes maternelles. Les puéricultrices élaborent un projet pédagogique et participent à la formation des personnels. Sur environ 15 000 professionnelles et professionnels, 200 sont des hommes.

La mission d'information du Sénat observe que **les compétences des puéricultrices ne sont ni assez mobilisées**, notamment dans les territoires sous-dotés, **ni valorisées** : *« les infirmières puéricultrices et les auxiliaires de puériculture gagneraient à être davantage associées au suivi post-natal, voire à être associées dès le stade de la grossesse, dans la mesure où elles sont formées à l'accompagnement des familles, au repérage des difficultés d'attachement, aux soins de développement des nourrissons et aux enjeux de prévention. Elles peuvent venir en appui des activités des professionnels médicaux, en particulier dans des territoires marqués par des difficultés d'accès à ces professionnels ».*

La mission cite des expérimentations territoriales associant des puéricultrices ou auxiliaires puéricultrices dans les territoires isolés, comme dans le Haut-Morvan, où l'ARS Bourgogne-Franche-Comté finance un programme d'accompagnement des parents à domicile ou encore le cas du pôle territorial femme-parent-enfant du Groupement hospitalier de territoire Cœur Grand Est qui propose, depuis 2021, un dispositif de coaching parental par une auxiliaire de puériculture de la maternité ou du centre de périnatalité où ils ont été suivis. Les hôpitaux de Toulouse et de Lyon ont pour leur part expérimenté des consultations d'infirmières puéricultrices dans leurs services d'urgences, de nombreuses consultations de nourrissons aux urgences relevant davantage de consultations en puériculture.

Selon la mission d'information, une grande partie des puéricultrices exercent en libéral uniquement en tant qu'infirmières car les actes de puériculture ne font pas l'objet d'une nomenclature spécifique, avec une cotation. Ainsi, elles ne font pas partie du parcours de soins périnatal et leurs consultations en puériculture ne sont pas remboursées par l'Assurance maladie. Elles ne peuvent également pas prescrire de dispositif d'aide à l'allaitement. De même, les actes des infirmières puéricultrices au sein des PMI ne peuvent pas être facturés faute de nomenclature. Or selon Départements de France, **les actes des puéricultrices représentent la moitié de l'ensemble des actes de PMI**. Un remboursement par l'Assurance maladie permettrait de soutenir financièrement les PMI et ainsi de développer leurs activités de suivi des enfants et nourrissons.

Il convient de noter que **depuis 2009, la pédiatrie ne fait plus l'objet d'un enseignement dédié dans les instituts de formation en soins infirmiers (IFSI)**.

Dès lors, **les jeunes infirmières et infirmiers peuvent donc être employés dans des services de réanimation néonatale et de soins intensifs en néonatalogie sans avoir eu au préalable de module spécifique dans ces domaines en formation initiale**. Cette situation représente une fragilité supplémentaire pour les services qui doivent accueillir ces jeunes professionnels et professionnelles. Le retour d'une formation approfondie en pédiatrie au sein du cursus des IDE apparaît donc nécessaire. Pour la mission d'information, « *celui-ci doit s'accompagner d'une meilleure*

reconnaissance des infirmières-puéricultrices diplômées d'État (IPDE). Ces dernières constituent aujourd'hui les principales professionnelles de santé paramédicales formées spécifiquement à la pédiatrie³⁸⁵ ».

Le CESE déplore que les métiers à prédominance féminine, en particulier ceux du soin, soient peu reconnus pour leur valeur réelle, socialement et financièrement. C'est le cas également des sages-femmes, qui s'adressent exclusivement à la santé des femmes, des auxiliaires de puériculture, des puéricultrices, ou encore des infirmières et aides-soignantes.

PRÉCONISATION #17

Le CESE préconise la revalorisation financière de tous les actes relatifs à la maternité, ainsi que la revalorisation de l'ensemble des métiers de soins entourant la périnatalité (puéricultrices, infirmières, sages-femmes, aides-soignantes, aides-puéricultrices, etc.).

4. Le manque de pédiatres et la formation insuffisante en matière de périnatalité des professionnels

Comme indiqué précédemment, la France ne compte que 1 500 pédiatres néonatalogistes spécialisés dans la prise en charge des enfants dans les 28 jours suivant la naissance. 80 % des pédiatres néonatalogistes dépassent la durée légale maximale de travail hebdomadaire³⁸⁶. Pour la Société française de néonatalogie,

³⁸⁵ Mme Véronique Guillotin, rapporteure, Rapport de la mission d'information, « Santé périnatale et son organisation », Sénat, septembre 2024.

³⁸⁶ « Qualité des soins et sécurité des nouveau-nés requérant des soins critiques : état des lieux en 2023 » par la Société Française de Néonatalogie.

les décrets de périnatalité de 1998 ne sont plus adaptés à la charge en soins réelle de ces services.

On compte en moyenne en France un peu moins de 13 pédiatres pour 100 000 habitants et habitantes et 68,3 pour 100 000 enfants de moins de 15 ans. En comparaison avec les pays de l'OCDE, **la France figure à la 22e place sur 31 pays s'agissant de la densité de pédiatres par rapport à la population**. En nombre insuffisant, leur répartition sur le territoire est inégale. Ainsi huit départements comptent moins d'un pédiatre pour 100 000 habitants. Si l'Indre connaît une densité de pédiatres de 1,85 pour 100 000 habitants, ce chiffre s'élève à 45,8 à Paris et 21,75 dans le Val-de-Marne³⁸⁷. Le métier souffrirait d'un manque d'attractivité et de lucrativité de la spécialité pédiatrique. Du coup de nombreux étudiants et étudiantes ayant choisi cette spécialité se réorientent à l'issue de leurs études vers d'autres activités plus valorisées et mieux rémunérées.

Faute de pédiatres, la charge se reporte souvent sur les sages-femmes : elles sont de plus en plus nombreuses, en libéral, à ouvrir des consultations de suivi pédiatrique précoce. Les difficultés d'accès à un pédiatre libéral pour le suivi des nouveau-nés entraînent, faute de disponibilités, un report sur l'hôpital et les urgences pourtant déjà saturés et fragilisent d'autant plus l'hôpital. Selon la mission d'information sur la périnatalité : « **Cette réalité de la démographie médicale impose de renforcer la formation pédiatrique**

des médecins généralistes, alors même que les dernières évolutions du parcours de formation vont vers une diminution de celle-ci. Plusieurs intervenants entendus par la mission ont ainsi déploré la nouvelle maquette de formation et de stages sur cette activité ».

La mission complète : « **Compte tenu du nombre de professionnels appelés à intervenir dans la prise en charge des parturientes et des nouveau-nés, la mission regrette les évolutions intervenues dans le contenu et les modalités des formations qui tendent à réduire la place des questions relatives à la périnatalité tout au long des différents cursus** et estime que l'amélioration de la santé périnatale en France ne peut passer que par une amélioration des conditions de formation, initiale et continue, des professionnels de santé. Il ne s'agit pas ici de remettre en cause la grande qualité de l'enseignement fourni aux professionnels de santé mais d'appeler à une réorientation de son contenu, ainsi qu'à une réflexion sur son organisation ».

Le CESE soutient cette recommandation d'un allongement de la formation initiale en pédiatrie des médecins généralistes, tout en soulignant le besoin également de développer des modules de formation continue en ce domaine pour les médecins déjà installés. La mission note enfin que **les urgentistes sont eux et elles aussi peu formées à la réanimation néonatale** et aux soins à apporter aux nouveau-nés. Ils et elles devraient également être mieux

³⁸⁷ Mme Véronique Guillotin, rapporteure, Rapport de la mission d'information, « Santé périnatale et son organisation », Sénat, septembre 2024.

formées.

5. Les PMI (protection maternelle et infantile)

Les PMI sont les **organes de proximité de Prévention Maternelle et Infantile prévus par la loi et gérés par les Conseils Départementaux**. A l'échelle départementale elles sont chargées de la protection sanitaire de la mère et de l'enfant. A la croisée du social, du sanitaire et du médical, elles accueillent les femmes enceintes, les parents et les enfants jusqu'à leurs 6 ans. Elles jouent un rôle crucial dans le dépistage précoce des problèmes de santé, des situations à risque dans toute leur diversité. **Le principe d'universalité est central dans la mission de la PMI.**

Elles mobilisent dans un même lieu des équipes pluridisciplinaires composées de personnels sociaux et sanitaires (médecins, sages-femmes, infirmiers et infirmières, puéricultrices, auxiliaires-puéricultrices, psychologues, psychomotriciennes, éducatrices de jeunes enfants, conseillères conjugales, etc.), pour accompagner au plus près les femmes et les nourrissons. **Elles reposent sur une triple accessibilité : géographique**, avec un maillage de 5 000 points de consultations ; **financière** (leur accès est gratuit) ; **administrative** (accueil **inconditionnel de toutes les femmes** sans formalités pré-requises, **capacité à « aller vers »** avec les visites à domicile).

La 1ère activité des PMI est la consultation infantile des enfants de moins de 6 ans, assurée par des médecins. Les consultations en puériculture sont assurées par des puéricultrices et/ou auxiliaires en puériculture. Des visites à domicile par des infirmiers et infirmières puéricultrices complètent les consultations dans les centres. La planification et l'éducation familiale (contraception, IVG etc.) est la deuxième

activité en volume des consultations en PMI. Les actions en faveur des mères et futures mères autour de la périnatalité constituent la 3ème activité (consultations, entretiens). Ce 3ème volet est en diminution constante. Les PMI peuvent aussi initier des « actions collectives » autour de la préparation à la naissance, l'allaitement, la parentalité. Les ateliers peuvent porter sur l'alimentation, des ateliers d'éveil, des bilans de santé et de dépistages ponctuels, la prévention en santé sexuelle et la contraception.

La PMI a acquis un savoir-faire et des compétences dans l'accueil et l'accompagnement des personnes et des familles vulnérables avec un accueil non stigmatisant, gratuit, aux modalités souples (avec ou sans rendez-vous) avec des consultations plus longues qu'avec les médecins de ville, des consultations itinérantes, des appels téléphoniques, bref une démarche d'« aller vers ». Pour les femmes migrantes, les PMI ont si besoin recours à des services d'interprétariat. Enfin, la PMI s'inscrit dans de multiples réseaux de proximité : réseaux périnatalité, maternités, Centre d'action médico-sociale précoce (CAMPS), Centres médico-psychologiques pédagogiques (CMPP), professionnels de santé libéraux, orientation et adressage vers des travailleurs sociaux pour mettre en œuvre un accompagnement social global (logement, accès aux droits sociaux, travailleurs familiaux...), orientation vers des haltes garderies, ou lieux d'accueil enfants-parents (LAEP) pour aider les mères à envisager de confier leur enfant à des tiers, etc.

Selon la dernière enquête connue de la DRESS (2022 pour des chiffres de 2019) 12 300 professionnelles et professionnels sont employés dans les PMI. Ces effectifs diminuent depuis les années 2 000 avec une baisse significative du nombre de médecins, qui ont pourtant un rôle central dans ces centres. Leur effectif a diminué

d'un quart depuis 2010. Entre 2016 et 2019, les départements ont ainsi perdu 270 Equivalent Temps Plein de médecins, soit une baisse annuelle moyenne de près de 5%. Plus précisément, pour 57 départements, cette diminution est d'au moins

10 % et de 30 % ou plus pour 18 d'entre eux³⁸⁸. Comparé aux autres secteurs où ils peuvent exercer, la rémunération serait, selon la DRESS, un élément de la faible attractivité des PMI.

Les territoires ultramarins, un exemple criant d'une offre de soins insuffisante pour les nouveau-nés en PMI

Alors que le recours aux PMI est primordial dans le suivi médical et de prévention des femmes enceintes et des nouveau-nés, **40 % de ceux-ci ont fermé en l'espace de 15 ans en Outre-mer**³⁸⁹. A Mayotte, un rapport publié par la chambre régionale des comptes à la suite d'un contrôle d'avril 2022 à mars 2023, met en lumière le manque important d'offre de prestations des PMI sur le territoire³⁹⁰. Elle ne dénombre ainsi que trois consultations de grossesse par PMI. Cette offre apparaît très insuffisante au regard du nombre de naissances sur l'île. Par ailleurs, l'éloignement territorial nuit à l'offre médicale de proximité disponible. En Guyane, les PMI se trouvent en première ligne pour la prise en charge et l'accompagnement des femmes et de leurs nouveau-nés, tout particulièrement celles vivant dans les communes de l'intérieur, éloignées du littoral urbanisé et desservies par des voies de communication réduites. Cependant, ces PMI se retrouvent en difficulté, notamment en termes de recrutement. Des initiatives ont alors été engagées par la collectivité territoriale de Guyane, en collaboration avec le Centre Hospitalier de Cayenne, afin que les sages femmes des Centres délocalisés de prévention et de soins (CDPC), équipe mobile de santé publique mise en place au service des populations isolées en Guyane intérieure, puissent assurer certaines missions de PMI.

En mars 2019, la députée Michèle Peyron a rendu un rapport sur la situation générale des PMI³⁹¹, donnant l'alarme sur la dégradation et l'état critique de ces services de proximité pourtant essentiels dans la prévention précoce et la réduction des inégalités de santé. Depuis les années 2 000, le système de la protection maternelle et infantile

cumule les difficultés. Le rapport fait, entre autres, les constats suivants :

388 DRESS « Etudes et résultats » PMI : un recul de l'activité et une forte baisse des effectifs de médecins entre 2016 et 2019.

389 Postollec Julie, « Pourquoi davantage de bébés meurent dans les Outre-mer ? », Outre-mer la 1ère, 15 mars 2025.

390 Chambre régionale des comptes de Mayotte, Rapport d'observations définitives : Département de Mayotte- Protection maternelle et infantile, 2023.

391 « Pour sauver la PMI, agissons maintenant », rapport au premier ministre et à la ministre de la santé présenté par Michèle Peyron, députée, mars 2019.

Constats du rapport Peyron sur les PMI, mars 2019

la PMI a été négligée par l'État et par l'Assurance Maladie, qui ne l'ont pas investie d'objectifs explicites en termes de taux de couverture depuis la décentralisation ; **il a manqué une vision stratégique** commune entre les pouvoirs publics et une fonction d'animation et de régulation ; **l'Assurance Maladie ne finance la PMI que de manière marginale** (35 M€) alors qu'il s'agit d'une politique sanitaire préventive avec un fort retour sur investissement en termes de gestion du risque ; le financement local de la PMI par les départements s'est fait au fil de l'eau, de manière inégale, et parfois insuffisante, la PMI étant, faute de financement fléché, en concurrence avec d'autres dépenses obligatoires.

La tendance qui se dégage, avec de fortes disparités locales, est celle d'une érosion des moyens de la PMI de l'ordre de -25 % en 10 ans.

Confrontée à un **déficit croissant de médecins, la PMI a vu ses missions législatives non sanitaires s'accumuler**, ce qui a conduit à **réduire les moyens dévolus à la prévention** alors même que les évolutions sociétales en cours auraient plutôt nécessité de les renforcer (demande accrue de soutien à la parentalité, augmentation de la pauvreté, augmentation des troubles du comportement, familles migrantes sans couverture sociale, etc.).

Il en résulte un **rétrécissement marqué de l'activité sanitaire de la PMI en direction des publics fragiles** : en 1995, près de 900 000 enfants avaient été vus en consultation de PMI, représentant 2,7 millions d'examen ; en 2016, l'activité ne s'élève plus qu'à 550 000 consultants (1,49 million d'examen), soit une baisse de -45 %, et se concentre sur la tranche des 0-2 ans alors que la PMI est compétente jusqu'à 6 ans ; **les visites à domicile infantiles par des infirmières puéricultrices ont vu leur nombre presque divisé par 2 en 25 ans** (1 million en 1991, 580 000 en 2016) ; les visites à domicile maternelles par des sages-femmes de PMI ont également baissé (264 000 en 1995, 188 000 en 2016) ; la PMI couvre environ 6 % des besoins en termes d'entretien prénatal précoce ; le bilan de santé en école maternelle se maintient avec un taux de couverture national de 70 % mais des écarts de 10 % à 98 % selon les départements.

20 % à 30 % des effectifs des PMI sont consacrés aux missions relatives aux modes de garde (agrément des assistantes maternelles, contrôle et suivi des professionnelles agréées, instruction des projets d'ouverture d'établissements d'accueil du jeune enfant, contrôle et suivi des structures ouvertes). Une partie croissante des visites à domicile infantiles de la PMI se fait à la demande de l'aide sociale à l'enfance, dans le cadre d'informations préoccupantes. Ces visites relevant de l'urgence sociale tendent à se substituer aux visites de prévention « prévenante » et fragilisent le lien de confiance entre la PMI et les familles. Cette gestion des informations préoccupantes absorbe environ 10 % du temps des équipes. **Au total, 30 % à 40 % des moyens humains sont donc « dérivés » du cœur de métier préventif de la PMI**, obligeant les équipes à pratiquer un hyper-ciblage sur les publics les plus vulnérables et les enfants les plus jeunes.

Le budget général des PMI accuse une baisse significative (−4 % de 2013 à 2017), et le **manque de médecins** (jusqu'à 50 % de postes vacants dans certaines PMI) **va s'aggraver** puisque deux-tiers des médecins de PMI atteindront l'âge de la retraite d'ici 2020. Ainsi, non seulement la France désinvestit dans la PMI - à rebours de la priorité donnée à la prévention par la Stratégie Nationale de Santé (SNS) 2018-2022 - mais la PMI est menacée par la perte massive de mémoire et de transmission.

Au fil de l'eau et sans action des pouvoirs publics, **la poursuite des évolutions observées pourrait aboutir à l'extinction de la PMI dans la majorité des départements d'ici une décennie.**

Pierre-Yves Ancel, chercheur à l'INSERM, explique que ce désintérêt pour la prévention s'expliquerait par son manque de visibilité : sauver une vie d'une personne malade, ça se voit, ça se comptabilise. Mais prévenir la mort d'un nourrisson ne se voit pas et cela reste fictif. « *La prévention est devenue le parent pauvre parce que ses effets sont peu palpables*³⁹² ».

En 2014, dans son avis consacré à la PMI, le CESE³⁹³ alertait déjà sur la situation dégradée des PMI et demandait une clarification de ses missions et d'en faire le pivot d'une stratégie nationale de santé, avec une priorité à la prévention, à la proximité et à la réduction des inégalités. Cette demande est encore récurrente dans le rapport Peyron qui cite d'ailleurs l'avis du CESE. **Le CESE soutient la proposition du rapport Peyron d'engager un plan national triennal reposant sur une clarification des rôles entre**

l'État -et particulièrement les Agences Régionales de Santé-, les départements et l'Assurance-maladie **et l'organisation de circuits de financement fléchés vers la PMI** pour revitaliser son volet prévention et réduction des inégalités sociales.

PRÉCONISATION #18

Le CESE préconise de sécuriser les budgets et augmenter les moyens humains et financiers dédiés aux services de PMI afin qu'ils puissent assurer leur mission première et essentielle, à savoir la prévention.

392 Anthony Cortes et Sébastien Leurquin, « 4,1 le scandale des accouchements en France », éd Buchet-Chastel 2025 p. 70. Dans le chapitre consacré à « la prévention, parent pauvre », p. 67-74, les journalistes ont recueilli des témoignages, notamment de sages-femmes, qui expliquent ne plus pouvoir aller à la rencontre des publics les plus fragiles, notamment les mineures enceintes. Ce public jadis ciblé n'est plus pris en charge s'il ne se manifeste pas de lui-même, aboutissant à des prises en charge de plus en plus tardives et une impossibilité de l'accompagner *post-partum*, une période d'autant plus à risque que le public est déjà fragilisé.

393 Christiane Basset, rapporteure, « La protection maternelle et infantile », Conseil économique, social et environnemental, 24 octobre 2014.

6. Les dispositifs spécifiques régionaux de périnatalité (DSRP)

Les dispositifs spécifiques régionaux de périnatalité sont des organismes experts chargés de l'animation des professionnels et professionnelles spécialistes de la périnatalité au niveau régional.

Lors de son audition devant la délégation, la gynécologue-obstétricienne Danièle Gaudry a indiqué les missions des réseaux régionaux regroupés sous la Fédération Française des Réseaux de Santé en Périnatalité (FFRSP), elle-même étant présidente de celui du Val-de-Marne :

- Coordination des soins pour garantir la continuité du suivi des mères et des enfants ;
- Formation des professionnels de santé ;
- Dépistage des risques obstétrico-pédiatriques et psycho-sociaux ;
- Suivi des enfants vulnérables (grands prématurés, asphyxies néonatales, troubles auditifs) ;
- Accompagnement des femmes victimes de violences et des femmes sans hébergement.
- Facilitation de l'accès à l'IVG ;
- Renforcement du suivi psychologique des mères.

En outre, les DSRP accompagnent et analysent la qualité des pratiques, qu'il s'agisse de prévention, d'adaptation des parcours de grossesse au territoire, d'accompagnement local des modifications de l'offre de prise en charge ou la mise en œuvre d'outils et de moyens de communication nécessaires à la coordination des acteurs et actrices de terrain. Ils sont amenés à **produire chaque année une analyse des indicateurs de santé périnatale disponibles pour leur région**. L'actualisation de leurs missions en août 2023 a permis d'identifier les actions à mener auprès des professionnels et professionnelles pour améliorer leurs pratiques et de préciser un socle d'indicateurs communs à remonter au niveau national.

Le CESE soutient les recommandations de la mission d'information du Sénat sur la périnatalité, en particulier de **réaliser un audit de l'offre de soins périnataux : cartographie des plateaux techniques, évaluation de chaque structure sur la base d'indicateurs définis au niveau national, et diagnostic des besoins et des risques pesant sur l'offre de soins par territoire et bassin de naissance**. Cet audit devra donner lieu à des actions de l'État concrètes pour pallier les manques et insuffisances déjà identifiés dans cet avis.

III - Des politiques publiques volontaristes qui peinent à répondre aux enjeux

A. L'action de l'assurance maladie

L'action de l'Assurance maladie est centrale et essentielle en matière de périnatalité, dès que la déclaration de naissance est réalisée.

La déclaration de grossesse permet en effet à l'Assurance maladie d'enclencher le suivi de la parturiente et du fœtus : des courriers sont adressés à la femme enceinte lui indiquant chaque étape à suivre, où trouver une sage-femme. Ils transmettent un calendrier de la grossesse mois par mois incluant les dates des échographies à réaliser et les examens prévus pour l'enfant après la naissance. L'Assurance maladie permet également la prise en charge des frais à 100 % pendant la période et de percevoir des indemnités, notamment lors de l'arrêt de travail. La tardiveté de la déclaration de grossesse a un impact ultérieur sur le suivi de grossesse et la prévention adéquate, notamment sur le bilan prénatal de prévention ou encore l'entretien prénatal précoce³⁹⁴ qui arrivent parfois tardivement dans la grossesse, voire ne sont tout simplement pas effectués³⁹⁵ comme nous avons pu le voir dans le cas des femmes précaires et notamment des femmes migrantes.

³⁹⁴ Détaillé au III. A. 1. du présent avis.

³⁹⁵ Le taux de réalisation de l'EPP n'était que de 62 % en 2022. De surcroît, selon les résultats de la dernière enquête nationale périnatale, 15,5 % des EPP ont eu lieu seulement au cours du dernier trimestre de grossesse en 2021.

ILLUSTRATION DE COURRIER TRANSMIS PAR L'ASSURANCE MALADIE À UNE ASSURÉE
SUITE À UNE DÉCLARATION DE GROSSESSE :

Nous avons bien reçu votre déclaration de grossesse et c'est avec plaisir que l'Assurance Maladie de Paris vous accompagne pendant votre maternité.

L'Assurance Maladie vous propose **des services innovants pour vous guider dans votre suivi médical et dans vos démarches administratives.**

Connectez-vous dès à présent à votre compte ameli pour découvrir le guide « Je prépare l'arrivée de mon enfant » ainsi que l'espace « J'attends un enfant » qui vous permet d'accéder à des informations et conseils personnalisés pour prendre soin de votre santé et de celle de votre enfant.

Pour mémoire, en complément de tous les examens pris en charge, vous bénéficiez aussi :

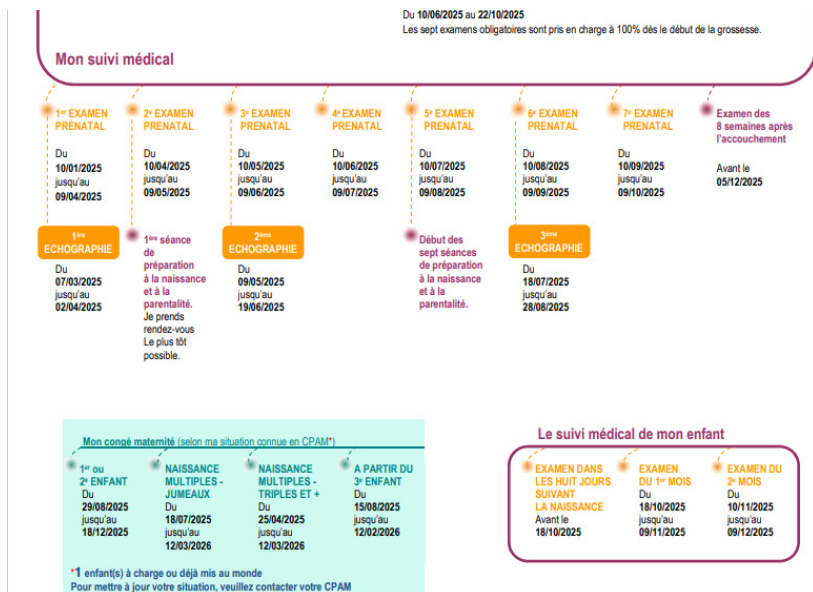
- d'un **entretien prénatal précoce obligatoire** qui sera l'occasion de faire le point avec un professionnel de santé (sage-femme ou médecin) sur votre projet de naissance et vos besoins spécifiques pendant la grossesse et après l'accouchement;
- d'un **bilan prénatal de prévention avec une sage-femme libérale ou de PMI** qui fera le point avec vous sur l'alimentation et les **comportements à risque** (alcool, tabac, autres addictions, etc.), ainsi que sur l'importance de la vaccination et de votre suivi bucco-dentaire pendant la grossesse. Ce bilan peut être réalisé dès la déclaration de grossesse et si possible avant la 24^e semaine d'aménorrhée.

Trouver une sage-femme proche de chez vous qui assurera votre suivi du début de grossesse jusqu'à votre retour à domicile **en vous connectant sur annuaire santé à l'adresse :**
<http://annuairesante.ameli.fr>.

Vous trouverez en pièce jointe, **votre calendrier de suivi de grossesse personnalisé**. Il vous permettra de consulter, mois après mois, les périodes de vos examens médicaux. Pensez à vérifier les dates de votre congé maternité suivant votre situation.

L'Assurance Maladie met tout en œuvre pour que vous puissiez préparer l'arrivée de votre enfant en toute sérénité.

Avec toute notre attention,
Votre correspondant de l'Assurance Maladie de Paris



En sus de l'envoi sur le compte Ameli de l'assurée des informations relatives à sa grossesse, l'Assurance maladie propose aux (futurs) mères de participer à un webinaire sur la maternité afin d'obtenir des informations sur tous les types de prestations, la prise en charge des soins, les congés, et fait le lien avec les prestations proposées par la CAF pour notamment l'accès aux prestations de modes de garde.

L'Assurance maladie prend également en charge une visite de la femme enceinte chez le chirurgien-dentiste sur présentation du courrier, compte-tenu de la fragilisation des gencives durant la grossesse.

Malgré un dispositif très complet essentiellement numérique, comme nous le verrons pour les informations sur les « 1 000 premiers jours », il est important de se demander si ces informations sont **accessibles à toutes les femmes**.

B. Les « 1 000 premiers jours » : un dispositif a renforcer

La commission d'experts et expertes sur les « 1 000 premiers jours » a été lancée par le Président de la République Emmanuel Macron en septembre 2019. Elle était présidée par le neuropsychiatre Boris Cyrulnik, et son suivi a été confié à Adrien Taquet, alors secrétaire d'État à l'enfance et aux familles. Cette commission a regroupé 18 expertes et experts de spécialités différentes : neuropsychiatres, spécialistes de l'éducation ou de l'éveil des enfants, acteurs et actrices de terrain, de l'accompagnement social des parents, cliniciens et cliniciennes spécialistes de la grossesse et du jeune enfant, sage-femme. La commission a remis son rapport aux ministres de la santé et des solidarités en septembre 2020³⁹⁶.

Le terme de « 1 000 premiers jours » s'entend comme la période qui s'étend du 4^e mois de grossesse aux deux ans de l'enfant. Lorsque les problématiques le justifient, l'expression est utilisée dans le rapport pour couvrir une période plus large s'étendant de la période préconceptionnelle jusqu'à l'âge de 3 ans³⁹⁷.

Ce rapport, suivi de la mise en œuvre concrète de politiques publiques dédiées a été **largement salué comme étant un réel progrès** dans la connaissance des enjeux liés à la grossesse et à l'arrivée de l'enfant, que ce soit sur le développement de l'enfant lui-même et ses besoins, sur l'impact de la grossesse sur la femme enceinte, le père ou le co-parent, le couple et la famille. Toutes les problématiques majeures ont été abordées dans ce rapport : la dépression périnatale, les violences, les familles précaires, les parents en situation de handicap, les

politiques d'accueil de l'enfant, les congés etc.

Le CESE salue ce travail interdisciplinaire complet, novateur et volontariste.

Malgré la poursuite de l'action de l'administration, il semble toutefois que ce dispositif ait pâti de l'instabilité politique. En effet, la nomination de ministres successifs et la dissolution de l'Assemblée nationale sur une courte période a constitué un frein dans son application.

³⁹⁶ Rapport de la commission des 1000 premiers jours, « 1000 premiers jours, là où tout commence », septembre 2020.

³⁹⁷ Ibid.

1. La stratégie territoriale

La stratégie nationale des « 1 000 premiers jours » s'appuie sur la déclinaison territoire par territoire, et notamment sur la création de « Maisons des 1 000 premiers jours » : « *Les Maisons des 1 000 jours pourraient incarner un espace identifié, une réponse globale et intégrée aux besoins des parents et des bébés et jeunes enfants, s'organisant autour des principes suivants : développement favorable et bien-être de tous les enfants, réduction des inégalités et valorisation de la mixité sociale, valorisation des ressources parentales, accompagnement de la loi contre les violences éducatives ordinaires*³⁹⁸ ».

L'objectif est d'offrir localement un lieu où se rassemblent toutes les parties prenantes du bien-être de l'enfant et des (futurs et/ou futurs) parents. Il est imaginé comme un lieu pluridisciplinaire, rompant avec la solitude de certains parents et pour une meilleure lisibilité de tous les dispositifs. Ce lieu peut également être itinérant pour permettre de toucher toute une population dans les lieux peu densément peuplés.

Ces dispositifs « d'aller-vers » pourraient être une réponse aux inégalités sociales et territoriales touchant les femmes des quartiers et territoires périurbains, ruraux et montagneux notamment. Cet avis a déjà fait état des difficultés

particulières rencontrées dans leurs parcours de soins par les femmes les plus précaires et les femmes en situation de handicap, creusant ainsi les inégalités entre les femmes.

En 2021, des maisons des 1 000 premiers jours ont pu voir le jour via la manifestation d'intérêt « accueil pour tous » et des appels à projets « 1 000 premiers jours ». En 2022, le souhait du Gouvernement était d'encourager la création de maisons des 1 000 premiers jours dans leur diversité, de les recenser, et de favoriser l'échange entre ces différentes initiatives.

En termes de financement, la création de Maisons des 1 000 premiers jours peut notamment être un objectif d'action inscrit dans les nouveaux schémas départementaux des services aux familles³⁹⁹. Elles peuvent être soutenues via des appels à projets régionaux pilotés par les ARS et les Directions régionales de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités (DREETS)⁴⁰⁰. Les CAF peuvent désormais contribuer au financement de Maisons des 1 000 premiers jours, à condition de respecter le référentiel établi par la Caisse Nationale d'Allocations Familiales (CNAF)⁴⁰¹.

Cependant, ce fonctionnement laisse craindre des disparités sur le territoire, renforçant l'éloignement de certaines populations des dispositifs qui les concernent au

398 Extrait du Rapport de la commission des 1000 premiers jours, 2020.

399 Instaurés par l'ordonnance du 19 mai 2021, art. L214-2 du code de l'action sociale et des familles.

400 Instruction n° SGMCAS/2022/106 du 12 avril 2022 relative à la déclinaison pour 2022 de la politique relative aux 1000 premiers jours de l'enfant.

401 En application de la circulaire C 2022-02 de la Caisse nationale des allocations familiales relative au volet 3 du Fonds National Parentalité.

premier chef.

PRÉCONISATION #19

Le CESE préconise le déploiement sur l'ensemble du territoire métropolitain et ultramarin, des dispositifs d'« aller-vers » les populations les plus éloignées des services publics, afin de renforcer l'accompagnement et l'accès à l'information relatifs aux « 1 000 premiers jours ».

2. Les pouvoirs publics confrontés à la difficulté de s'adresser à toutes les femmes

Ces innovations sont précieuses pour l'accès à l'information des femmes enceintes. Cependant, on peut se poser la question de **l'accessibilité de toutes les informations**. Si le site Internet des « 1 000 premiers jours » et son application pour smartphone ont constitué une grande avancée pour nombre de femmes et de couples, **le dispositif ne peut être totalement efficace si les personnes qui en ont le plus besoin n'y ont pas accès**.

Comme pour les sites internet et applications des 1 000 premiers jours, les informations transmises nécessitent, pour les destinataires, d'être à l'aise avec la langue française, avec les démarches administratives, avec les systèmes informatiques, avoir accès à Internet, -ce qui nécessite d'avoir un abonnement Internet et un ordinateur chez soi

notamment, et d'habiter dans une zone où Internet est accessible⁴⁰². Dans la population générale, environ 13 millions de personnes seraient en difficulté avec le numérique, selon le Défenseur des droits⁴⁰³. **Les personnes les plus précaires sont les plus éloignées des dispositifs numériques.**

Les dispositifs qui ne sont accessibles que via des applications pour smartphones ou des QR Code ne peuvent atteindre les femmes qui seraient le plus en demande ou auraient le plus besoin de dispositifs publics. Ces innovations excluent indirectement un grand nombre de femmes, en particulier les femmes les plus vulnérables, les femmes allophones, ou encore les femmes à la rue ou sans domicile fixe.

Le CESE rappelle que **la présence physique des professionnelles et professionnels de la périnatalité est essentielle** et ne peut être remplacée par des informations uniquement numériques.

A ce titre, le **manque de moyens a été relevé** : une application dédiée au dépistage de la dépression *post-partum*⁴⁰⁴ a été créée dans le cadre de la stratégie des 1 000 premiers jours « 1 000 premiers jours – BLUES ». L'association Maman Blues alors animatrice de la plateforme dénonce « *Le sac des 1 000 premiers jours envolé, l'application des 1 000 premiers jours peu à peu laissée à l'abandon, le dispositif 1 000 jours Blues bientôt aux oubliettes*⁴⁰⁵ ».

402 Selon le Défenseur des droits dans son rapport de 2019 « Dématérialisation et inégalités d'accès aux services publics », 541 communes françaises sont classées en « zones blanches » et sont donc dépourvues à ce jour de toute connexion internet et mobile.

403 Défenseur des droits « Dématérialisation et inégalités d'accès aux services publics », 2019.

404 Voir III. A. 1. Du présent avis

405 Publication réseau social Facebook de Maman Blues le 23 février 2024 et pétition en ligne sur change.org Pétition - Le gouvernement abandonne la politique des 1000 premiers jours ! - France - Change.org

De manière générale, **le manque de gouvernance de la stratégie des 1 000 premiers jours accompagné de financements pérennes est régulièrement avancé.**

3. Un manque de coordination et de visibilité de l'action gouvernementale

Au gré des remaniements ministériels, **le ministère expressément dédié à l'enfance n'apparaît plus dans la composition du Gouvernement tel qu'annoncé le 13 décembre 2024.** Après Adrien Taquet, Secrétaire d'État en charge de l'Enfance, moteur de la mise en œuvre de la politique des 1 000 premiers jours, le portage politique a connu une période de flottement. Des autres secrétaires d'État chargées de l'enfance, Charlotte Cauble et Agnès Canayer, à la ministre en charge du sujet comme Sarah El-Haïry, aucune figure gouvernementale n'a déployé les différentes politiques publiques et les messages que portait la commission des 1 000 premiers jours.

Dès l'annonce de la composition du nouveau Gouvernement fin 2024, les associations de protection de l'enfance et de défense des droits des enfants s'étaient mobilisées pour alerter le Gouvernement sur les conséquences de cet « oubli »⁴⁰⁶. «*Seule la création d'un ministère de l'Enfance, avec une place centrale au sein du gouvernement et des moyens humains et financiers*

dédiés, pourra asseoir une politique interministérielle en faveur des enfants et des jeunes qui soit transversale, cohérente et intégrée ».

Le 11 février 2025, une nouvelle mobilisation est portée par 100 organisations publiée par le journal Le Monde : « *Les multiples remaniements, la dissolution de l'Assemblée nationale et la constitution d'un quatrième gouvernement en l'espace d'un an ont interrompu la continuité de l'action publique en faveur de l'enfance et la maintiennent dans une situation d'incertitude.*

Le comité interministériel à l'enfance ne s'est pas réuni depuis la fin de 2023, et l'enfance est systématiquement absente des débats politiques. [...] L'annonce, en décembre 2024, de la création d'un haut-commissariat à l'enfance, tout en laissant espérer une attention plus soutenue des pouvoirs publics, n'offre pas de garantie équivalente à celle d'un ministère dédié, que ce soit en matière de prérogatives gouvernementales ou dans les moyens humains et financiers pour mener des politiques ambitieuses⁴⁰⁷ ».

La disparition d'un ministère de plein-exercice a conduit à la création du haut-commissariat à l'enfance en février 2025, poste occupé à ce jour par Sarah El Haïry. Cette dernière a été au préalable ministre déléguée chargée de

⁴⁰⁶ Libération, « Oubli - Un collectif de 27 associations dénonce l'absence de ministère de l'Enfance », 26 décembre 2024. La Dynamique pour les Droits de l'Enfant, qui réunit une vingtaine d'organisations, a déploré ce jeudi 26 décembre, que le gouvernement Bayrou n'ait pas de ministre dédié à l'Enfance dans ses rangs.

⁴⁰⁷ Le Monde, tribune collective, « L'appel de plus de 100 organisations pour un grand ministère de l'enfance : 'Les enfants devraient être les premiers à être protégés par l'action publique' », 11 février 2025.

l'enfance, de la jeunesse et des familles, et avait alors la charge du suivi de la politique des « 1 000 premiers jours »⁴⁰⁸. Devenue haute-commissaire à l'enfance, **son décret d'attributions⁴⁰⁹ n'inclut pas expressément la politique des 1 000 premiers jours**. Ce décret précise que le haut-commissaire à l'enfance rend compte de ses travaux au ministre chargé de l'enfance. Ces fonctions reviennent à ce jour à la ministre Catherine Vautrin, à la tête d'un ministère aux missions très larges et très nombreuses (Travail, Santé, Solidarités et Familles), dont l'alinéa 6 du décret d'attributions⁴¹⁰ indique simplement qu'« *Il prépare et met en œuvre la politique du Gouvernement relative à la famille, à l'enfance, notamment la petite enfance, aux personnes âgées et à la perte d'autonomie* ». La répartition des missions entre la ministre et la haute-commissaire n'est à ce jour pas définie clairement, **le portage politique pourrait pâtir de ce flou**.

Par ailleurs, lors de son audition devant la commission des affaires sociales du Sénat, le 30 avril 2025, la haute-commissaire à l'enfance n'a pas évoqué la stratégie des « 1 000 premiers jours » comme politique prioritaire de sa feuille de route.

La stratégie volontariste et pluridisciplinaire engagée sur les 1 000 premiers jours lors de sa création pâtit aujourd'hui du manque de coordination interministérielle et de volontarisme politique assortis de moyens pérennes. Si la tenue des Assises de la Pédiatrie et de la santé de l'enfant⁴¹¹ a permis de définir une feuille de route jusqu'en 2030, les instructions

interministérielles en la matière peinent à voir le jour. **Par ailleurs, aucun bilan des actions initiées dès 2021 n'est à ce jour disponible publiquement et en tout état de cause, la feuille de route du Gouvernement 2024-2027 pourtant annoncée n'a jamais été publiée**.

Après un long temps de latence, la ministre Catherine Vautrin a confirmé la parution d'une feuille de route 2025-2027 d'ici l'été 2025. Devant la Délégation aux droits des enfants de l'Assemblée nationale, le 4 juin 2025, la ministre a précisé que cette feuille de route « *mettra un accent renforcé sur la prévention, la périnatalité et l'accompagnement des familles les plus vulnérables avec une capacité à répondre aux propositions qui sont faites par l'ensemble des départements puisque vous le savez, jusqu'à maintenant, tous les départements n'avaient pas forcément d'actions financées et c'est pour nous un sujet extrêmement important* ».

Concernant les financements, ils sont trop éparés pour mesurer l'efficacité des politiques publiques mises en œuvre et pouvoir en amorcer de nouvelles.

A ce jour et dès sa mise en place, les politiques publiques des « 1 000 premiers jours » ont donné lieu au fléchage de différentes lignes budgétaires. Elles sont pilotées par de nombreux acteurs et actrices : la Direction générale de la cohésion sociale via deux programmes différents, par la Direction générale de la Santé, notamment à travers les Agences régionales de santé, mais également par l'Assurance maladie, la CNAF, la MSA ainsi que Santé publique France, opérateur de

408 Selon ses propos lors de son audition devant la commission des affaires sociales du Sénat le 6 mars 2024.

409 Décret n° 2025-118 du 10 février 2025 instituant un haut-commissaire à l'enfance

410 Décret n° 2025-17 du 8 janvier 2025 relatif aux attributions du ministre du travail, de la santé, des solidarités et des familles

411 Le 24 mai 2024 au Conseil économique, social et environnemental. Site du gouvernement

[consulté le 10 juillet 2025] <https://www.info.gouv.fr/upload/media/content/0001/10/dba1073756311ed649d2377d8cb62d265730b978.pdf>

l'État avec un financement propre. Le système de labellisation des actions « 1 000 premiers jours » mériterait d'être plus transparent, avec un cahier des charges clair.

PRÉCONISATION #20

Le CESE recommande d'amplifier et consolider la politique des « 1 000 premiers jours » en assurant véritablement sa gouvernance interministérielle et pluridisciplinaire et en maintenant son caractère prioritaire.

Le CESE préconise que la politique des 1 000 premiers jours soit accompagnée de financements transparents et sanctuarisés. Le CESE rappelle qu'il n'est pas favorable à la systématisation des appels à projets⁴¹² qui ne permettent pas de sécuriser les structures et associations engagées dans la démarche des 1 000 premiers jours.

412 Martin Bobel et Dominique Joseph, rapporteur et rapporteure, « Renforcer le financement des associations : une urgence démocratique », Conseil économique, social et environnemental, mai 2024.

C. Des discriminations encore très pregnant dans le monde du travail

Aujourd'hui, l'arsenal législatif et réglementaire relatif à l'égalité professionnelle et salariale entre les femmes et les hommes est relativement complet⁴¹³. Pourtant, les discriminations dans l'emploi, notamment à l'égard des femmes, sont réelles et documentées⁴¹⁴. En 2021, 19 % des personnes déclarant avoir subi des traitements inégaux ou des discriminations au travail citent leur sexe comme principal motif ; cette part atteint 30 % pour les femmes déclarant avoir subi des traitements inégaux ou discriminations. Pour ces personnes, **le sexisme est la première source de discrimination au travail**, pointe une étude de l'Insee⁴¹⁵. **L'une des manifestations de ce sexisme est le traitement réservé aux femmes enceintes (licenciement, « placardisation », remplacement au retour d'arrêt maternité etc.)**.

Selon le baromètre du Défenseur des droits et de l'Organisation internationale du travail, 27 % des femmes discriminées au travail affirment l'avoir été en raison de la grossesse ou du congé maternité⁴¹⁶. Comme le souligne la Défenseuse des droits, Claire Hédon, « nous rendons encore un nombre trop important de décisions où des femmes ne sont pas embauchées en raison de leur état de grossesse, ne retrouvent pas leur poste

au retour de leur congé maternité, ou dont la période d'essai est rompue car elles sont enceintes⁴¹⁷ ». Les femmes perçoivent davantage les discriminations liées à une grossesse ou à un congé maternité (35 % considèrent qu'elles se produisent souvent ou très souvent) que les hommes (23 %).

Même constat de la part de la présidente de l'Ordre national des sages-femmes, lors de son audition devant la Délégation aux droits des femmes et à l'égalité du CESE⁴¹⁸, qui confirme que si les femmes ne se rendent pas à l'entretien prénatal, pourtant obligatoirement proposé, c'est notamment de peur de devoir annoncer à leur employeur leur grossesse et de demander à s'absenter.

Le 10e baromètre des discriminations de l'autorité administrative indépendante « Défenseur des droits »⁴¹⁹ montre des résultats qui « confirment la persistance d'une sanction sociale à l'encontre des femmes dans le milieu du travail liée à la grossesse et à la maternité, qu'elle soit présumée ou effective. Dès le début de leur vie professionnelle, les femmes sont discriminées en tant que femme et en tant que potentielle future mère. La survenance effective de la grossesse conforte et renforce les inégalités déjà subies par ces jeunes femmes,

413 26 critères de discriminations inscrits dans la loi dont le sexe, l'état de grossesse, la situation de famille.

414 9,1% des travailleurs et travailleuses déclarent avoir subi des traitements inégaux ou des discriminations en 2021, selon une étude de l'Insee.

415 Insee Première, No 1983, paru le : 06 février 2024.

416 Défenseur des droits, « La perception des discriminations dans l'emploi », 13ème baromètre mené conjointement par le ou la défenseur des droits et l'OIT sur les discriminations à l'emploi, 2020.

417 Le Monde, « Les femmes enceintes « toujours trop discriminées » dans le monde du travail, dénonce la Défenseuse des droits », 7 mars 2022.

418 Audition de Mme Isabelle Derrendinger, présidente de l'Ordre des sage-femmes, directrice de l'école des sage-femmes de Nantes devant la délégation aux droits des femmes et à l'égalité du CESE, le mercredi 15 mars 2025.

419 10e Baromètre Défenseur des droits 10e baromètre de la perception des discriminations dans l'emploi | Défenseur des Droits / Organisation internationale du travail de la perception des discriminations dans l'emploi.

*jusqu'à l'âge de scolarisation en élémentaire du plus jeune enfant (6 ans). **La présomption de désengagement professionnel** qui les frappe s'estompe alors et leur permet d'envisager une carrière professionnelle moins inégalitaire même si les discriminations liées à leur sexe perdureront tout au long de leur parcours. »*

Selon cette même enquête, au cours des 5 dernières années, les femmes actives de 18 à 44 ans qui ont été enceintes ou mères d'un enfant en bas âge ont été deux fois plus la cible de discriminations que les autres. Entre 18 et 34 ans, plus d'une femme sur 2 déclare des discriminations dans l'emploi (53 %). Celles qui signalent le moins d'inégalités de traitement ont entre 45 et 54 ans (30 %), tandis que pour les hommes, l'âge d'or de la non-discrimination se situe entre 35 et 44 ans (22 %). C'est moins l'âge qui apparaît significativement lié aux expériences de discrimination que la présence d'enfants de moins de 6 ans au sein du foyer.

Certaines professions sont particulièrement touchées par les situations de discriminations pour motif de grossesse. C'est le cas de la profession d'avocat.

Le bâtonnier de Paris, Olivier Cousi, a lancé une mission « Sentinelle des libertés » qui publie des « baromètres des droits pour alerter sur les éventuelles atteintes aux libertés fondamentales ». Interrogée sur les

résultats du 3e baromètre Anne-Laure Casado, membre du Conseil de l'ordre indique que « **Chez les avocats, la première cause de discrimination est celle de la maternité.** Ce n'est pas le cas dans le reste de la société. On peut envisager pour cela différentes explications : peut-être qu'il y a dans la société une majorité de salariés, qui sont mieux protégés que les avocats – même s'il existe, pour les salariées, un risque d'être placardisées au moment de la grossesse. [...] Quasiment la moitié des avocats sondés disent avoir été victime ou témoin de discrimination en raison de la maternité. Cela peut se manifester par une placardisation, un licenciement, une absence de primes, des discriminations à l'embauche. Les avocats ont un statut particulier. Les collaboratrices exercent en libéral, les cabinets ne sont donc pas soumis au droit du travail. ». En mai 2025, l'Union des jeunes avocats de Paris (UJA) publiait une enquête intitulée « Les inégalités au sein de la profession d'avocat.es, focus : les inégalités femmes / hommes et la parentalité⁴²⁰ » démontrant l'existence persistante de discriminations envers les femmes avocates, qu'importe leur statut, en particulier dû au fait qu'elles seront peut-être ou sont mères.

Quant aux ouvrières et salariées du secteur des services, elles sont 20 % à perdre ou à quitter leur emploi durant leur grossesse⁴²¹.

⁴²⁰ Enquête – Les inégalités au sein de la profession d'avocat.es – L'Union des Jeunes Avocats de Paris

⁴²¹ Laurence Cohen, ancienne sénatrice, auditionnée par la Délégation aux droits des femmes et à l'égalité du CESE, le 14 janvier 2025, pour son rapport « Santé des femmes au travail : des maux invisibles » (juin 2023), co-rapporté avec Annick Jacquemet, Marie-Pierre Richer et Laurence Rossignol.

Deux chercheurs soulignent dans une étude de 2019⁴²² que **la maternité reste le principal frein à l'égalité professionnelle en France** : « *De façon générale, la naissance du premier enfant n'affecte pas le revenu salarial total des pères. En revanche, il n'en est pas de même pour les femmes. L'arrivée du premier enfant entraîne une chute relative du revenu salarial total de 40 % l'année zéro (cette chute inclut le temps passé en congé de maternité), et ensuite une pénalité durable de la rémunération annuelle totale de l'ordre de 30 %. Cette chute des revenus provient notamment de trois composantes : interruption de carrière, réduction durable des heures rémunérées et pénalisation en salaire horaire. Cette dernière apparaît plus tardivement, et peut s'interpréter comme la résultante d'une moindre présence au travail qui peut avoir des conséquences négatives sur les déroulements de carrière et les promotions. La pénalisation en salaire horaire se creuse au fil du temps pour aboutir à un écart d'environ 20 % en fin de période.* »

Afin de favoriser une culture inclusive équitable **au sein des structures employeuses, le CESE estime qu'il est essentiel que celles-ci reconnaissent la maternité, la paternité ainsi que la parentalité dans son ensemble, comme une étape normale et légitime du parcours professionnel des personnes.** A ce titre **le CESE recommande que les principes de non-discrimination soient garantis et appliqués, spécifiquement pour les mères comme pour les pères, tout au long de leurs carrières.**

Dans la Fonction publique, la baisse du taux de remboursement des congés de maladie ordinaire (90 % au lieu de 100 %) est effective depuis le 1er mars 2025 et s'applique également aux femmes en situation de grossesse placées en congé maladie ordinaire-hors congé pour grossesse pathologique ou congé maternité. Alors que la prévention et la protection des femmes pendant cette période sont essentielles, elles sont pénalisées par une diminution de leur rémunération.

PRÉCONISATION #21

Le CESE demande la garantie pleine et entière du maintien de salaire pour toute femme enceinte placée en congé maladie ordinaire sur avis médical, quelle qu'en soit la nature et quelle qu'en soit la structure employeuse.

422 Dominique Meurs et Pierre Pora, 2019, « Égalité professionnelle entre les femmes et les hommes en France : une lente convergence freinée par les maternités », Économie et Statistique : 510-511-512 - 2019. Et : INSEE, « Les trajectoires professionnelles des femmes les moins bien rémunérées sont les plus affectées par l'arrivée d'un enfant », Octobre 2019. Les trajectoires professionnelles des femmes les moins bien rémunérées sont les plus affectées par l'arrivée d'un enfant - Insee Analyses - 48 : le chiffre 40 % concernent les femmes les moins bien rémunérées.

D. La reorganisation de la structure familiale

L'arrivée d'un enfant n'est pas neutre dans la vie d'une famille. Les bouleversements les plus importants sont toutefois largement supportés en premier lieu par la mère. Celle-ci doit le plus souvent se réorganiser, faire des choix, et surtout concilier les multiples injonctions contradictoires dont, au premier chef, l'équilibre de ses temps de vie. Quels que soient « ses choix », ils sont toujours susceptibles d'être soumis à un jugement de la société.

Si les femmes « tombent » enceintes, elles « mettent en péril » leur entreprise ou structure, « abandonnent » leur travail et « manquent d'ambition ». Dans le même temps, la société survalorise le fait pour une femme d'avoir un ou des enfants, comme s'il s'agissait d'une suite logique et naturelle. Si elles s'arrêtent parfois tardivement, notamment dans certaines professions, elles « mettent en péril la santé de leur futur enfant », ce qui questionne évidemment leur capacité de future mère. Après leur congé de maternité, si elles prolongent ce temps soit par volonté, soit par manque de place d'accueil dans les structures de garde d'enfant et prennent un congé parental, dont la rémunération est très faible, ou réduisent leur temps de travail, alors elles perdent du crédit professionnel. Mais si elles reviennent au travail aux deux mois et demi de leur enfant, ce qui est actuellement le droit en vigueur, elles « abandonnent leur nourrisson » au profit de leur travail, ce qui est inacceptable. Quels que

soient leurs « choix », leur situation reste le plus souvent insatisfaisante.

Les pères subissent également des injonctions contradictoires, en particulier la nouvelle génération qui souhaite s'investir auprès de leur enfant. S'ils souhaitent prendre toute la durée du congé de paternité (depuis la réforme de 2021), ils risquent de perdre leur statut de travailleur dévoué et être jugés durement par leurs pairs n'ayant pas eu la même expérience de paternité. S'ils ne prennent pas l'entièreté de leurs congés paternité, par crainte ou pour toute autre raison, ils peuvent également être jugés négativement.

Le CESE rappelle son engagement pour le respect dans le droit et dans les faits de toutes les familles quelle que soit leur composition. Qu'elles soient monoparentales, homoparentales, formées de deux pères, deux mères, de parents seuls, ou hétérosexuelles, toutes les familles doivent être considérées et respectées.

1. Les congés des parents pour accueillir l'enfant

La loi garantit aux femmes enceintes le droit de s'absenter avant et après l'accouchement⁴²³. L'employeur ne peut pas s'opposer à une demande de congé de maternité et les femmes ne peuvent pas être licenciées pendant ce congé ni quelques mois après son retour, tout comme les pères. Le contrat de travail est suspendu mais les

⁴²³ Articles L1225-1 à L1225-34 du code du travail relatifs aux autorisations d'absence et congé de maternité. Articles L1225-30 à L1225-33 relatifs aux dispositions particulières à l'allaitement.

droits d'ancienneté (hors congé parental d'éducation) et la réaffectation de la salariée dans son emploi sont maintenus. Des indemnités journalières sont versées par la Sécurité sociale pour indemniser la salariée qui ne peut plus travailler pendant cette période. Jadis quasi inexistant, le congé de paternité a été étendu en 2021 pour permettre un investissement du père ou second parent auprès de l'enfant. **Toutefois, cet allongement du congé de paternité et d'accueil de l'enfant peine à assurer une prise en charge égalitaire du nouveau-né.**

LE CONGÉ DE MATERNITÉ

Pour les salariées et travailleuses indépendantes, le congé de maternité est de 16 semaines (6 semaines avant la date présumée de fin de grossesse et 10 semaines après) pour une grossesse simple du 1er ou 2e enfant. Il est de 26 semaines pour le 3e enfant (8 semaines avant, 18 semaines après). Il est de 34 semaines (12 semaines avant, 22 semaines après) en cas de grossesse multiple (jumeaux). Le congé est obligatoire, *a minima*, la loi interdit toute activité professionnelle pendant les deux semaines avant la date présumée de l'accouchement, et les six semaines qui suivent la naissance. La période antérieure à l'accouchement peut être différée après l'accouchement, mais le congé ne peut être différé dans le temps. Les conditions d'indemnisation et la nature des indemnités (allocations de remplacement) sont différentes de celles des salariées

pour les travailleuses indépendantes⁴²⁴.

A titre d'exemple, les avocates indépendantes ou collaboratrices bénéficient d'indemnités de l'assurance maladie ainsi qu'un complément par l'assurance obligatoire. C'est le cas également des agricultrices et salariées agricoles affiliées à la MSA : la caisse verse des indemnités journalières aux salariées agricoles. Les agricultrices doivent faire une demande d'allocation de remplacement. Le complément est versé par l'assureur. Les conditions d'accès sont légèrement différentes⁴²⁵. Si le droit au congé est identique pour tous les types de métiers sur le papier, dans les faits son accès et sa prise effective par les femmes est bien plus difficile pour certains métiers (cf. *infra*).

LE CONGÉ DE PATERNITÉ ET D'ACCUEIL DE L'ENFANT

Depuis le 1er juillet 2021, les pères salariés ou co-parents bénéficient d'un congé de naissance de 3 jours à prendre immédiatement à la naissance de l'enfant, puis une période obligatoire de 4 jours calendaires, puis 21 jours calendaires non obligatoires, pris en fractionné ou en continu, dans les 6 mois à compter de la naissance de l'enfant. La subrogation de salaire permet à l'employeur de percevoir les indemnités journalières de la Sécurité sociale, et au salarié de continuer à percevoir son salaire⁴²⁶. Les travailleurs indépendants (artisans-commerçants, micro-entrepreneurs, libéraux ou exploitants agricoles) bénéficient

424 Justifier de 6 mois d'affiliation à la date prévue l'accouchement, sous réserve de cesser toute activité professionnelle pendant la période de perception et au moins pendant 8 semaines dont 6 après l'accouchement.

425 Pour bénéficier des indemnités de congé maternité, la salariée agricole doit justifier d'une durée d'immatriculation de 6 mois minimum en tant qu'assurée sociale tous régimes confondus. Le montant des indemnités journalières de congé maternité est égal au salaire journalier net de base, calculé sur la moyenne des 3 derniers mois de salaires, dans la limite de certains plafonds.

426 Les indemnités journalières sont plafonnées. Des dispositions conventionnelles peuvent prévoir des conditions d'indemnisation plus favorables que celles de la Sécurité sociale, pouvant aller jusqu'au maintien intégral du salaire.

également de ce congé et de la même durée dans des conditions légèrement différentes des salariés.

En 2021, selon la Drees⁴²⁷, 71 % des pères éligibles⁴²⁸ ont eu recours au congé paternité, (93 % des mères ont eu recours au congé maternité), alors que les pères étaient 94 % à y être éligibles (82 % des mères sont éligibles au congé maternité). Les jeunes générations adhèrent à l'idée que celui-ci devait être étendu⁴²⁹. 72 % des pères ont commencé leur congé de paternité dans la semaine ayant suivi la naissance de leur enfant alors qu'ils étaient seulement 49 % en 2013. Cette très forte augmentation témoigne de la valorisation croissante du temps d'accueil du nouveau-né.

Dans les cas de gestation ou de procréation pour autrui, prohibée en France, l'extension du congé de paternité et d'accueil de l'enfant au parent d'intention n'est pas encore actée par les pouvoirs publics, seul le parent adoptif peut en bénéficier. La CPAM⁴³⁰ maintient cette décision dont les conditions restrictives sont dénoncées par l'Association des Parents Gays et Lesbiens : si ce positionnement est conforme à la rigueur du texte légal, il contrevient à la pratique majoritaire des Caisses depuis la décision du Défenseur

des Droits du 9 octobre 2020⁴³¹. La circulaire visait donc clairement à faire cesser une pratique antérieure favorable aux besoins immédiats des nouveaux parents et de leurs enfants nés de GPA surtout des nouveaux nés qui demandent soin et attention de tous leurs parents. Se fondant toutefois sur des décisions de la Cour de Cassation⁴³² confirmant le principe de la reconnaissance de la filiation de l'enfant né de GPA, la CPAM n'exclut pas une réévaluation de cette position, se disant en attente des dispositions du ministère de la Santé pour statuer au cas par cas.

Les premiers enseignements de la Drees suite à la réforme du « congé paternité et d'accueil de l'enfant » sont que **deux tiers des pères bénéficiaires de la réforme de juillet 2021 ont pris la totalité des 25 jours de congé**, majoritairement en une seule fois. La réforme du congé de paternité entrée en vigueur en juillet 2021 a en effet allongé sa durée de 11 à 25 jours et ouvert la possibilité de le fractionner. À la date de l'enquête, 65 % des pères bénéficiaires ont déjà pris la totalité des 25 jours de congé de paternité et 25 % déclarent qu'ils ne prendront pas davantage de jours. Dans 80 % des cas, les pères ont pris leur congé en un seul bloc. Le recours au

427 Dress, « Premiers jours de l'enfant : un temps de plus en plus sanctuarisé par les pères via le congé de paternité », Études et résultats N° 1275. Paru le 20 juillet 2023.

428 Pour être éligible, le parent doit être en emploi, ou percevoir des indemnités chômage au moment de la naissance ou avoir perçu des indemnités chômage dans les 12 mois précédents.

429 En 2019, 63 % des 18-24 ans souhaitent un allongement du congé de paternité ou du second parent, selon la Drees. Les Français et les congés de maternité et paternité : opinion et recours | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques Il est difficile de trouver des sources d'enquêtes sur l'effet postérieur à la prise du congé.

430 Circulaire CIR-29/2024 du 7 novembre 2024.

431 Décision 2020-036 du 9 octobre 2020 relative au refus de droit au congé de paternité et d'accueil de l'enfant opposé à un père adoptif par une caisse primaire d'assurance maladie, au motif que celui-ci aurait déjà été accordé au second père adoptif de l'enfant né aux Etats-Unis.

432 Civ 1 - 2 octobre 2024 et Civ 1 - 14 novembre 2024.

fractionnement concernerait donc 20 % des cas. Cela peut traduire une véritable volonté des pères et seconds parents à prendre ce congé pour être davantage présents aux côtés de leur enfant dès ses premiers jours.

La prise du congé de paternité s'apparente parfois à un acte militant, en particulier dans l'exercice d'un mandat⁴³³. Pour exemple, la publication de ce message du maire de Laval, Florian Bercault, le 14 mai 2025, annonçant sur les réseaux sociaux prendre un congé paternité pour accueillir son troisième enfant : « *Être maire, c'est un engagement total. Mais être parent l'est tout autant. Je choisis de prendre mon congé paternité, comme beaucoup de parents, pour profiter de ces premiers jours si particuliers. Ce congé est aussi un geste symbolique. Il montre qu'on peut concilier responsabilités publiques et vie personnelle, même dans des fonctions exigeantes. Prendre son congé paternité c'est : assumer sa place dans la famille ; revendiquer plus d'égalité entre les femmes et les hommes ; encourager un nouveau modèle d'engagement pour les jeunes élu(e)s* ».

LE CONGÉ D'ADOPTION

Le congé d'adoption est ouvert à tout salarié ou salariée qui s'est vu confier un enfant soit par le service d'aide sociale à l'enfance (ASE), soit par l'Agence française de l'adoption (AFA), soit par un organisme français autorisé pour l'adoption, soit par décision de l'autorité étrangère compétente, à condition que l'enfant ait été autorisé, à ce titre, à entrer en France.

La durée du congé d'adoption varie selon le nombre d'enfants adoptés, le nombre d'enfants déjà à charge et selon

que le congé est réparti ou non entre les deux parents. Dans ce dernier cas, le congé ne peut pas être d'une durée supérieure, pour chaque parent, à 16 ou 18 semaines. Les deux parents peuvent prendre leur congé d'adoption en même temps.

Le congé d'adoption débute, au choix, à la date d'arrivée de l'enfant ou au cours de la période de 7 jours consécutifs qui précède son arrivée. Il peut succéder au congé de 3 jours pour la naissance ou l'arrivée d'un enfant en vue de son adoption dans le secteur privé. Il doit être pris au plus tard dans les 8 mois suivant la date d'arrivée de l'enfant dans le foyer.

Au-delà des aspects légaux, **la difficulté d'adopter reste prégnante en France.**

Le recours à l'adoption s'inscrit dans un désir d'enfant et de filiation. Le processus d'adoption est cependant long, l'agrément est départemental et valable 5 ans et implique une évaluation sociale et psychologique. **Non considérée comme faisant partie de la périnatalité, cette période précédant l'arrivée de l'enfant adopté, soulève néanmoins la question du vécu des futurs parents adoptants dans la préparation de l'accueil de l'enfant.** De même, l'adoption pose plus globalement la question de la priorité à la filiation « biologique ». Malgré la loi Taubira légalisant le mariage pour toutes et tous et la loi du 21 février 2022 réformant l'adoption, aucun chiffre officiel ne semble corroborer une attente plus longue pour les couples gays et lesbiens mais certains membres du conseil de famille, instance départementale qui décide de l'adoption, sont encore réticents à confier des enfants à des couples homoparentaux, entraînant de fortes disparités entre territoires.

LE CONGÉ PARENTAL D'ÉDUCATION À

⁴³³ Voir plus loin « Focus sur les femmes laissées pour compte du congé de maternité ».

TEMPS PLEIN OU LE PASSAGE À TEMPS PARTIEL

Pour bénéficier d'un congé parental d'éducation, les salariées et salariés du secteur privé doivent justifier d'un an d'ancienneté dans l'entreprise (date de naissance de l'enfant ou l'arrivée dans le foyer de l'enfant en cas d'adoption).

Ce congé peut être pris à temps complet, dans ce cas le contrat de travail est suspendu, il s'agit à proprement parler du congé parental, ou à temps partiel, dans ce cas la durée de travail est réduite à un minimum de seize heures par semaine. Le congé parental, tout comme le passage à temps partiel, ne peut être refusé par l'employeur si la ou le salarié répond aux conditions légales.

Le congé parental démarre à la fin du congé de maternité ou d'adoption, il peut durer un an renouvelable deux fois, c'est-à-dire jusqu'aux 3 ans de l'enfant. Dans la fonction publique, le congé parental est accordé par périodes plus courtes, de 2 à 6 mois, également renouvelables.

Selon Sushina Lagouje⁴³⁴, **l'ouverture du congé parental doit être plus flexible afin de permettre notamment aux femmes handicapées d'être accompagnées par le second parent** au-delà du

(petit) mois de congé paternité. Cela n'a pas de sens d'ouvrir le congé parental seulement à l'issue du congé maternité parce que les femmes (par exemple pour son cas personnel, les femmes handicapées) ont besoin de la présence du second parent dans les premiers mois. **Celui-ci devrait pouvoir s'ouvrir dès la fin du congé paternité.**

Le parent n'est pas rémunéré pendant cette période, elle ou il peut prétendre à des aides⁴³⁵ de sa CAF ou de la Mutualité sociale agricole (MSA), sous conditions de ressources et en fonction de la situation de famille.

Ce sont en immense majorité les mères qui prolongent leur congé par la pose de congés annuels supplémentaires ou la prise d'un congé parental. Comme le dit Guillaume Daudin, co-auteur de « L'arnaque des nouveaux pères : enquête sur une révolution manquée » : « *Les mères deviennent les variables d'ajustement des familles*⁴³⁶ ». Et cela a un réel impact sur le calcul de leur ancienneté au travail, leur précarité à court, moyen et long termes, leur autonomie financière, jusqu'au montant de leur retraite.

Le recours au congé parental d'éducation peut également constituer un choix éclairé de

434 Entretien avec Sushina Lagouje, autrice et enseignante handicapée, par la Délégation aux droits des femmes et à l'égalité du CESE, le 25 avril 2025.

435 Prestation d'accueil du jeune enfant (Paje) qui est l'allocation de base (sous conditions de ressources et de situation) dont la Prestation partagée d'éducation de l'enfant (PreParE), prestation complémentaire qui varie également selon la situation : vivant en couple ou non, avec un ou deux revenus, et le nombre d'enfants à charge. La PreParE est de 456,06 euros maximum, elle est conçue pour permettre à l'un des parents ou aux deux de cesser ou réduire leur travail pour s'occuper de leur enfant de moins de 3 ans.

436 Table-ronde organisée par la Délégation aux droits des femmes de l'Assemblée nationale sur les nouveaux enjeux de la maternité et de la paternité, le mercredi 2 avril 2025 dans le cadre de la Mission d'information sur les politiques d'accompagnement à la parentalité (Sarah Legrain, députée, co-rapporteuse ; Delphine Lingemann, députée, co-rapporteuse).

la part de la mère, le choix de rester auprès de son enfant plus longtemps, qu'il ait une place d'accueil ou non. Ce choix peut également être contraint par plusieurs facteurs : le manque de place d'accueil des enfants, la perpétuation des stéréotypes reposant sur une mère naturellement auprès de l'enfant, ou encore l'arrêt de travail du plus petit salaire du couple, majoritairement le salaire de la mère compte-tenu des discriminations et de la ségrégation professionnelle encore à l'œuvre.

Enfin, d'autres congés existent, notamment le congé de présence parentale, pour les parents dont les enfants sont victimes d'accident graves, handicapés, ou atteints d'une maladie, ou les congés « enfants malades », sans forcément de lien direct avec la naissance.

LES « MAMANS SOLOS », MÈRES CÉLIBATAIRES ET MÈRES ISOLÉES

Le nombre de mères seules serait en augmentation dès le stade de la grossesse selon Elise Marcende, présidente de l'association Maman Blues. Souvent stigmatisées sur leur situation personnelle, elles doivent de surcroît montrer qu'elles sont de bonnes mères, et tenir bon plus que les mères en couple.

Les chiffres sont sans appel : une famille sur quatre vit séparée ; **82 % des familles monoparentales sont constituées de femmes seules avec enfants ; en 2021, le taux de pauvreté des familles monoparentales a encore bondi à 32,3 %**, selon l'Insee ; et parmi les quatre millions d'enfants mineurs dont les parents sont séparés, 11,5 % alternent entre les deux parents en 2020, les autres enfants résident majoritairement ou exclusivement

chez un seul des parents, le plus souvent la mère pour 86 %.

De plus, les familles monoparentales sont aujourd'hui surreprésentées parmi les habitantes et habitants de logements sociaux : 40 % des enfants mineurs vivant seuls avec leur mère vivent en logement social, contre 21 % de l'ensemble des enfants mineurs⁴³⁷. A ce titre, l'auteur Selim Derkaoui indique que le terme de « mère isolée » souligne bien mieux la solitude que les mères seules des milieux populaires peuvent ressentir⁴³⁸.

De nombreuses initiatives de l'exécutif et des parlementaires ont vu le jour pour répondre aux difficultés quotidiennes vécues par les familles monoparentales, relevées par les associations. Les dispositifs mis en place pour lutter contre les impayés de pensions alimentaires, en faisant intervenir la CAF ou la MSA directement auprès du débiteur afin de récupérer les sommes impayées ont permis des avancées saluaires pour le soutien économique dû aux enfants. Cependant, les très nombreuses difficultés dans leur vie quotidienne sont maintenant connues, et la réponse des pouvoirs publics est urgente.

La Mission gouvernementale à l'initiative du Premier ministre Gabriel Attal confiée à Xavier Iacovelli, sénateur, sur la situation des familles monoparentales propose à cet égard des solutions concrètes et porte 43 recommandations. Un groupe de travail transpartisan à l'Assemblée nationale s'est également intéressé aux difficultés vécues au quotidien par les mères célibataires. Les députées et députés Philippe Brun, Sarah Legrain et Stéphane Lenormand ont porté cette initiative et intégré les femmes concernées dans le processus de construction de

437 Sénat, Rapport d'information n° 485 (2023-2024), tome I, déposé le 28 mars 2024 « Familles monoparentales : pour un changement des représentations sociétales ».

438 Livre enquête « Laisse pas traîner ton fils », Sélim Derkaoui, Éditions Les Liens qui libèrent, 2025.

la proposition de loi qu'ils et elle prévoient de déposer, en lançant le 8 mars 2024 « L'Assemblée des familles monoparentales ». Les problématiques évoquées lors de cette assemblée étaient l'absence de statut spécifique, notamment pour obtenir des tarifications adaptées, la politique fiscale, les prestations sociales insuffisantes, l'accès au logement qui est central, l'accès également à l'emploi donc les modes de garde d'enfant etc.

Le Gouvernement a annoncé à compter du 1er septembre 2025, une extension de l'aide « complément mode de garde » allouée aux familles jusqu'aux 12 ans de l'enfant pour les familles monoparentales⁴³⁹. L'aide cesse aux 6 ans de l'enfant dans les autres cas.

En sus, de nombreuses propositions de loi ont été déposées à l'Assemblée nationale notamment : Proposition de loi visant à réduire la précarité sociale et monétaire des familles monoparentales, Proposition de loi visant à renforcer l'autonomie des familles monoparentales et rendre leurs droits effectifs, Proposition de loi visant à déconjugaliser l'allocation de soutien familial, Proposition de loi visant à créer un congé d'accueil de l'enfant identique et obligatoire pour les deux parents, cumulable ou cessible en cas de monoparentalité etc.

Le CESE soutient des réformes urgentes visant à améliorer la situation des familles monoparentales. Cela doit amener à l'ouverture d'une réflexion et de

négociations sur les conditions et les modalités de mise en œuvre de réformes dans les différents secteurs d'activité.

2. La différence de durée des congés et la politique de la petite enfance révèlent une répartition genrée du rôle des parents

LES LENTS PROGRÈS DU PARTAGE DES TÂCHES DOMESTIQUES ET FAMILIALES

Les responsabilités familiales restent majoritairement à la charge des femmes.

L'édition 2022 de l'étude de l'Insee « Femmes et hommes, l'égalité en question⁴⁴⁰ » révèle que seuls **7 % des hommes inactifs** le sont pour des raisons familiales (ou **se déclarent « hommes au foyer »**), **contre 54 % des femmes inactives**.

Le CESE attend les résultats de l'enquête « Emploi du temps » de l'Insee, dont les derniers résultats datent de 2010 et les prochains ne seront connus qu'en 2027.

Les hommes continuent à peu s'investir dans les tâches ménagères et **rares sont ceux qui modifient leur activité professionnelle à la naissance d'un enfant**. Le rapport 2024 sur l'état des lieux du sexisme en France⁴⁴¹ du Haut conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes souligne que les stéréotypes de genre se renforcent, notamment chez les hommes : 70 % d'entre eux pensent encore qu'un homme doit prendre soin financièrement de sa

⁴³⁹ Décret n° 2025-515 du 30 mai 2025 relatif au complément de libre choix du mode de garde.
⁴⁴⁰ Femmes et hommes, l'égalité en question, INSEE, 2022.

⁴⁴¹ Rapport annuel 2024 sur l'état des lieux du sexisme en France - S'attaquer aux racines du sexisme Haut conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes, janvier 2024.

famille pour être respecté (contre 63 % de femmes). Selon le rapport 2025⁴⁴², 80 % des femmes font le ménage ou la cuisine au moins une heure par jour, contre 36 % des hommes. **Cette inégalité se renforce avec le nombre d'enfants**⁴⁴³. Paradoxalement, « *plus un homme a d'enfant, moins il consacre de temps aux tâches domestiques, en valeur absolue, il sous-traite à la mère ou à une autre femme*⁴⁴⁴ ». Les rendez-vous médicaux en ligne sont pris par les mères à 83 %. Pour les vacances familiales, 71 % des femmes préparent les valises, contre seulement 12 % des pères⁴⁴⁵.

Julia Kerninon indique que « *le système dans lequel on vit tient sur le travail gratuit des mères* »⁴⁴⁶, créant et renforçant leur charge mentale. Delphine Roy, chercheuse à l'INSEE souligne pour sa part : « **Alors que l'arrivée d'un enfant ajoute 5 heures de travail à une femme, un homme « économise » au contraire 2 heures de travail domestique et parental**⁴⁴⁷ ».

Cependant, selon l'Observatoire des inégalités⁴⁴⁸, **les progrès sont lents, mais des avancées existent : le partage des tâches semble progresser de génération en génération**. En cause, l'accès aux femmes aux études et marché du travail au même titre que les hommes ; les facilités apportées par les technologies pour consacrer moins de temps à la cuisine, aux courses etc. A cet égard, la dernière enquête emploi du temps de 2010 montrait que si ce partage des tâches semblait progresser, c'était moins dû à un meilleur investissement des hommes mais au fait que les femmes en faisaient désormais moins. Il est également à noter que les réponses varient si c'est la femme ou l'homme du couple qui répond (par exemple, 60% des hommes et 50 % des femmes disent que les tâches liées aux enfants sont partagées au sein du couple).

442 État des lieux du sexisme en France en 2025 - À l'heure de la polarisation, Haut conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes, janvier 2025.

443 Ce temps laissé disponible permet à certains hommes de bénéficier de progression de carrière : plus ils ont d'enfants, plus ils sont considérés comme aptes à l'organisation et la gestion et plus ils progressent dans leur carrière cf « La paternité, accélérateur de carrière pour les hommes » Le Figaro 9/9/2014.

444 Table-ronde organisée par la Délégation aux droits des femmes de l'Assemblée nationale sur les nouveaux enjeux de la maternité et de la paternité, le mercredi 2 avril 2025 dans le cadre de la Mission d'information sur les politiques d'accompagnement à la parentalité (Sarah Legrain, députée, co-rapporteure ; Delphine Lingemann, députée, co-rapporteure).

445 Le paternage, ou «l'essor des nouveaux pères» : épisode 0/11 du podcast Le mot | Radio France | France Inter

446 Table-ronde organisée par la Délégation aux droits des femmes de l'Assemblée nationale sur les nouveaux enjeux de la maternité et de la paternité, le mercredi 2 avril 2025 dans le cadre de la Mission d'information sur les politiques d'accompagnement à la parentalité (Sarah Legrain, députée, co-rapporteure ; Delphine Lingemann, députée, co-rapporteure).

447 Delphine Roy, « Le travail domestique : 60 milliards d'heures en 2010 division » Redistribution et politiques sociales, INSEE. Il s'agit de 5 heures hebdomadaires.

448 Observatoire des inégalités « Partage des tâches domestiques : les progrès sont lents », mars 2025.

Pour Julia Kerninon, directrice de la publication du livre « Être mère » *« Ce n'est pas un sujet que nous devons gérer au cas par cas à la maison. La question doit être prise en charge par la société car c'est la société qui amène ce conflit dans nos familles⁴⁴⁹ ».*

Cette nouvelle génération de pères est souvent appelée « nouveaux pères ». Ils seraient particulièrement investis dans toutes les tâches domestiques et familiales, au même titre que les femmes, et seraient dans des couples parfaitement égalitaires. Ce que les auteurs de « L'arnaque des nouveaux pères : enquête sur une révolution manquée⁴⁵⁰ » tendent à remettre en question.

Citant les deux dernières enquêtes « Emploi du temps » de l'Insee⁴⁵¹ (qui a lieu tous les 15 ans), Guillaume Daudin note qu'en 1986 les femmes réalisaient 80 % des tâches domestiques et parentales. En 2010, elles réalisaient 70 % des tâches. Si on considère que les 30 % restants sont entre les mains des hommes, il s'agit de « tâches presque

joyeuses, de loisirs, directement en contact avec l'enfant, procurant des rétributions directes. Les tâches ingrates restent très majoritairement entre les mains des femmes⁴⁵² ».

Concernant cette nouvelle répartition plus égalitaire, certains et certaines parlent « d'arnaque » et expliquent : « *Parce qu'il y a un delta entre la perception [que les hommes] ont et l'affichage qu'ils en font. C'est une arnaque vis-à-vis de la société, vis-à-vis de la famille parce que dans un couple forcément l'autre personne est lésée, et une arnaque vis à vis d'eux-mêmes. On pense que les pères se mentent* »⁴⁵³.

D'une manière humoristique les auteurs d'une bande dessinée⁴⁵⁴, support qui peut être très pédagogique auprès du jeune lectorat, établissent plusieurs profils de pères en s'appuyant sur les travaux de la chercheuse américaine Francine Deutsch⁴⁵⁵ : « l'aidant », « le partageur » (qui prend la moitié de la charge domestique mais seulement quand il est en mesure de le faire),

449 Table-ronde organisée par la délégation aux droits des femmes de l'Assemblée nationale sur les nouveaux enjeux de la maternité et de la paternité, le mercredi 2 avril 2025 dans le cadre de la Mission d'information sur les politiques d'accompagnement à la parentalité (Sarah Legrain, députée, co-rapporteuse ; Delphine Lingemann, députée, co-rapporteuse).

450 Stéphane Jourdain et Guillaume Daudin, « L'arnaque des nouveaux pères. Enquête sur une révolution manquée », Glénat BD, 2024.

451 INSEE, L'emploi du temps en 2010, n°130, paru en 2012.

452 Table-ronde organisée par la délégation aux droits des femmes de l'Assemblée nationale sur les nouveaux enjeux de la maternité et de la paternité, le mercredi 2 avril 2025 dans le cadre de la Mission d'information sur les politiques d'accompagnement à la parentalité (Sarah Legrain, députée, co-rapporteuse ; Delphine Lingemann, députée, co-rapporteuse).

453 Propos des auteurs lors de la table-ronde organisée par la Délégation aux droits des femmes de l'Assemblée nationale sur les nouveaux enjeux de la maternité et de la paternité, le mercredi 2 avril 2025, dans le cadre de la Mission d'information sur les politiques d'accompagnement à la parentalité (Sarah Legrain, députée, co-rapporteuse ; Delphine Lingemann, députée, co-rapporteuse).

454 Stéphane Jourdain et Guillaume Daudin, « L'arnaque des nouveaux pères. Enquête sur une révolution manquée », Glénat BD, 2024.

455 Aultrice de « Halving It All: How Equally Shared Parenting Works », Harvard University Press, 1999.

« le feignant », « l'élogieux » (celui qui dit « tu fais ça si bien ma chérie »), « celui qui a des standards différents », « celui qui est dans le déni » (qui ne voit pas tout ce qu'il y a à faire). On peut imaginer des profils tout aussi réels selon eux : « l'égalitaire » (celui qui fera 50 % des tâches sans jamais faire plus et qui va le faire remarquer) ; enfin et plus rare, « le volontaire » (qui va devancer, anticiper, qui devient le « parent 1 », qui est à domicile pour les enfants et tâches domestiques).

L'ACCÈS ET LA DURÉE DU "CONGÉ DE PATERNITÉ ET D'ACCUEIL DE L'ENFANT" ET LES NORMES DE GENRE, DÉTERMINANTS DANS LA RÉPARTITION DES RÔLES PARENTAUX

Cette division genrée s'inscrit dans un ensemble de choix de société et une éducation empreinte de normes et de stéréotypes de genres. Les hommes devenus pères n'ont jamais été valorisés dans ce rôle, n'ont pas de modèles masculins et l'organisation sociale tend surtout à les valoriser dans leur rôle de pourvoyeur de revenus pour la famille.

Selon Julia Kerninon, directrice de la publication du livre « Être mère »⁴⁵⁶ « Symboliquement, un seul parent qui reste à s'occuper de l'enfant et l'autre qui est encouragé à retourner au travail en dit long sur qui est responsable de cet enfant et qui est responsable de manière générale de la vie domestique.

Notre monde très capitaliste demande une population masculine qui donne tout son temps au travail, c'est ce qu'on dit aux pères, ils doivent travailler, ils doivent ramener de l'argent. Un homme qui

annonce au travail qu'il va avoir un enfant se voit proposer des promotions pour avoir plus d'argent pour s'occuper de l'enfant, alors que la femme se voit retirer des possibilités. On va demander aux femmes de porter l'intégralité des tâches domestiques pour que les hommes puissent travailler.

C'est un manque de respect colossal à l'égard des femmes, à l'égard des enfants mais aussi à l'égard des pères, leur faire croire que leur travail est plus important que leur enfant est un vol, un hold-up total. »

Stéphane Jourdain, co-auteur de « L'arnaque des nouveaux pères : enquête sur une révolution manquée »⁴⁵⁷ souligne la durée différenciée de la prise en charge des enfants et des tâches domestiques et envoie un message clair aux pères : « Retournez au boulot. L'enfant est l'affaire de la mère ».

Aujourd'hui, il existe un important courant en faveur de la réforme des congés maternité, paternité et parental, pour plus de partage, d'égalité, et de temps.

Clémentine Sarlat, créatrice du podcast « La Matrescence », plaide également pour des congés de même durée⁴⁵⁸. Un fossé se crée entre les deux parents dû notamment à la différence de temps passé avec l'enfant, les pères manquant d'éducation dans ce nouveau rôle, alors qu'ils sont valorisés dans leur rôle de travailleur. Des congés identiques enlèveraient la pression sur les femmes. Elle évoque la survenance du « babyclash » au sein de deux couples sur

⁴⁵⁶ Propos de l'intéressée lors de la table-ronde organisée par la délégation aux droits des femmes de l'Assemblée nationale sur les nouveaux enjeux de la maternité et de la paternité, le mercredi 2 avril 2025, dans le cadre de la Mission d'information sur les politiques d'accompagnement à la parentalité (Sarah Legrain, députée, co-rapporteuse ; Delphine Lingemann, députée, co-rapporteuse).

⁴⁵⁷ Ibid.

⁴⁵⁸ Ibid. et : La Matrescence - Podcast maternité et parentalité.

trois⁴⁵⁹. En cause notamment, le fait que les membres du couple n'ont pas les mêmes congés. Elle appelle à ne pas minimiser ce phénomène car **20 à 25 % des couples se sépareraient dans les premiers mois après la naissance de bébé**⁴⁶⁰. La structure même de la société est modifiée car les séparations ont un impact sur la demande de logement, les démarches administratives etc.

De plus, si le congé paternité est identique au congé maternité, la « pénalité maternité » dans le monde du travail n'a plus lieu d'être⁴⁶¹.

Idem pour Guillaume Daudin qui estime qu'« *hommes et femmes représenteraient la même 'menace', le même 'risque' au travail* ».

Dans les pays nordiques, ou au Canada, souvent pris en exemple pour leurs politiques autour de l'enfant, tout est fait pour que le père soit seul avec l'enfant et cela change tout selon Stéphane Jourdain.

« *Les pères sont immédiatement impliqués* ». Il note également que les transmissions intergénérationnelles se réalisent de femmes en femmes, les hommes n'ont pas les mêmes modèles, le temps seul à seul avec l'enfant est donc essentiel. Les auditionnées et auditionnés ont en effet particulièrement insisté sur l'intérêt pour le père ou le co-parent d'avoir du temps seul avec l'enfant pour ne pas faire de lui un assistant,

celui qui est en renfort ou « à côté ». Le temps permet aussi de monter en compétences, et cela a des bénéfices pour toute la famille et sur le long terme.

Plus le père ou co-parent s'investit tôt dans la grossesse, plus les tâches seront également réparties au sein du couple à l'arrivée de l'enfant. C'est ce constat qui a mené Najat Vallaud-Belkacem à intégrer dans la loi pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes du 4 août 2014 l'autorisation d'absence du travail pour les pères afin d'assister aux trois échographies obligatoires durant la grossesse⁴⁶². Les sept cours de préparation à l'accouchement et au retour à la maison pris en charge intégralement par l'Assurance maladie sont également une opportunité pour le père ou co-parent de s'investir auprès de la mère en apprenant les gestes utiles, les soins à apporter à l'enfant à la naissance et préparer au mieux le retour à la maison.

Guillaume Daudin estime qu'augmenter la durée du congé de paternité et sa durée obligatoire n'entraînera que des bénéfices, en particulier l'investissement auprès des enfants car « *plus un père prend le congé paternité à la naissance plus il y a des effets durables positifs sur son investissement dans le foyer avec l'enfant* ». Fabrice

459 Enquête réalisée par l'Institut Elbae pour WeMoms, le réseau social des futures et jeunes mamans, 2021.

460 Katrin Acou-Bouaziz, « Baby-clash : comment éviter une crise de couple après l'arrivée du bébé ? », L'Express, 16 septembre 2014

461 Rappelons que toute discrimination en raison du sexe, de l'état de grossesse ou de la situation de famille est interdite par la loi.

462 LOI n° 2014-873 du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes.

Florent⁴⁶³ estime, lui, qu'il s'agit d'un sujet de droits fondamentaux de l'enfant, car en ne rendant pas les congés de même durée, « *on ne propose pas aux enfants d'avoir un lien durable et solide avec le père* » dans les couples hétérosexuels.

Entendue par la délégation aux droits des femmes et à l'égalité, Elsa Foucraut, porte-parole de l'association Parents et Féministes⁴⁶⁴, indique que « **si l'on veut passer d'une société basée sur un modèle inégalitaire à une société basée sur la coparentalité, alors le congé de paternité est la clef de voute** ». La réforme de 2021 portant à 28 jours ce congé porte une ambivalence : « *le droit a été étendu, les pères contribuent plus, mais quid du 29e jour ? Paradoxalement, cela vient renforcer la normalité de la différenciation entre les parents* ». Dans le même temps, le congé de maternité en principe essentiellement dédié au repos de la mère est largement entravé par l'isolement et la charge du nourrisson. « *Le congé de paternité étendu n'est alors pas une égalité de droit mais une égalité de responsabilité. Telle qu'elle est pensée aujourd'hui, la structure des congés impose aux familles une paternité discrète au travail et une paternité auxiliaire à la maison, elle fabrique de fait un parent principal et un parent secondaire* ».

DES RÉFORMES NÉCESSAIRES

Lors de sa conférence de presse le 16 janvier 2024, le Président de la République a amorcé un chantier en faveur de la relance de la natalité et du « réarmement démographique ». L'une des mesures évoquées était la réforme du congé de naissance, en lieu et place du congé parental, « plus court et mieux rémunéré ».

Lors d'une interview au magazine « Elle » le 8 mai 2024⁴⁶⁵, Emmanuel Macron avait précisé : « *Trois mois pour les mères, trois mois pour les pères, cumulables durant la première année de l'enfant et indemnisés à hauteur de 50 % du salaire jusqu'au plafond de la Sécurité sociale (1 900 € par mois)* ».

A ce jour, peu de détails concrets ont été avancés par l'exécutif.

Les ministres Paul Christophe⁴⁶⁶ et Agnès Canayer⁴⁶⁷ étaient plutôt favorables à la création d'un nouveau « congé d'accueil de l'enfant » complétant les possibilités actuelles et ne se substituant pas au congé parental d'éducation, comme annoncé par le Président de la République.

463 Créateur de podcasts dont « Histoire de darons » auditionné lors de la Table-ronde organisée par la Délégation aux droits des femmes de l'Assemblée nationale sur les nouveaux enjeux de la maternité et de la paternité, le mercredi 2 avril 2025, dans le cadre de la Mission d'information sur les politiques d'accompagnement à la parentalité (Sarah Legrain, députée, co-rapporteuse ; Delphine Lingemann, députée, co-rapporteuse).

464 Entretien du 6 juin 2025.

465 « Elle », Exclusif - #MeToo, Depardieu, monoparentalité, congé de naissance : Macron nous répond ; 8 mai 2024.

466 Ministre des Solidarités, de l'Autonomie et de l'Égalité entre les femmes et les hommes de septembre à décembre 2024.

467 Ministre déléguée auprès du ministre des Solidarités, de l'Autonomie et de l'Égalité entre les femmes et les hommes, chargée de la Famille et de la Petite Enfance de septembre à décembre 2024.

Selon Aurore Bergé, actuelle ministre déléguée auprès du Premier ministre, chargée de l'Égalité entre les femmes et les hommes et de la Lutte contre les discriminations, le nouveau projet serait présenté aux partenaires sociaux avant d'être intégré au Projet de loi de financement de la Sécurité sociale, à horizon 2026. La durée proposée serait celle évoquée par Emmanuel Macron, 4 mois pour les mères, 4 mois pour les pères, à l'issue des congés de maternité et de paternité, mieux rémunéré « en pourcentage de l'ancienne rémunération » selon la ministre déléguée⁴⁶⁸. Depuis mars 2025, aucun détail n'a été avancé.

Pour sa part, le rapport de la Commission des « 1 000 premiers jours »⁴⁶⁹ propose de :

- Mettre en place un congé « parental » de 9 mois (36 semaines) partageable entre les deux parents, avec un niveau d'indemnisation suffisamment attractif, qui correspondrait à un montant minimum de 75 % du revenu perçu quel que soit le statut. Cela permettrait à l'enfant de rester avec l'un ou l'autre de ses parents pendant toute la première année et d'intégrer ainsi un système d'accueil formel à 1 an ;
- Allonger le congé paternité (second parent) à 9 semaines, exclusif au second parent et qui

pourrait être pris de manière flexible : une partie pourrait être prise après la naissance et l'autre partie à la fin du congé maternité.

Le CESE rappelle la préconisation de l'avis de mars 2022 « Vers un service public d'accueil de petite enfance » adopté à l'unanimité visant à « *articuler congé maternité post-natal, congé paternité et congé parental pour permettre aux parents, s'ils le souhaitent, de rester auprès de leur enfant jusqu'à son premier anniversaire. Pour ce faire, prévoir un congé parental plus court et mieux indemnisé : il pourrait être indemnisé, à l'exemple de la Suède, à hauteur de 75 % des revenus professionnels avec un plafond à déterminer.* »

Comme l'indique Elsa Foucraut⁴⁷⁰, « *les politiques publiques doivent porter des normes d'égalité et ne pas faire reposer les choix sur les individus, car sortir de la norme a un coût.* » Selon l'association, la première année doit faire l'objet d'une grande flexibilité afin de répondre aux attentes légitimes des parents, tout en n'éloignant pas les femmes trop longtemps de l'emploi.

Plusieurs commissions parlementaires travaillent sur les congés parentaux en parallèle de l'élaboration de cet avis dont l'une a rendu ses conclusions le 24 juin 2025⁴⁷¹. France Stratégie

468 Ouest-France, Aurore Bergé relance le congé de naissance, plus court et « mieux indemnisé » que le congé parental. 3 mars 2025.

469 Ministère des solidarités et de la santé, « Les 1 000 premiers jours. Là où tout commence », Rapport de la commission des 1 000 premiers jours, septembre 2020.

470 Porte-parole de l'association Parents et Féministes, entendue par la délégation le 6 juin 2025.

471 Legrain, S. et Lingemann, D. (2025). *Rapport d'information sur les politiques d'accompagnement à la parentalité*. Assemblée nationale, délégation aux droits des femmes, présenté le 24 juin 2025.

a également publié un rapport⁴⁷² recommandant d'allonger le congé de paternité et d'accueil du jeune enfant à dix semaines, dont six seraient obligatoires.

Ces mobilisations transpartisanes des parlementaires, des institutions et de la société civile montrent bien que la question des congés parentaux est un enjeu crucial, qui renvoie à un réel projet de société sur la place de chacune et chacun au sein du foyer et au-delà.

PRÉCONISATION #22

Pour favoriser l'égalité dans la prise en charge des enfants par les deux parents, le CESE préconise d'aligner le congé de paternité/ co-parent sur le congé de maternité à l'arrivée de l'enfant. Il préconise également de renforcer le congé parental d'éducation afin de le rendre plus court et mieux indemnisé et d'intégrer la possibilité de prendre un minimum et maximum de semaines pour chaque parent pendant la première année de l'enfant.

Dissensus : Les groupes Entreprises et Artisanat et Professions Libérales n'approuvent pas l'alignement du congé paternité / co-parent sur le congé maternité. En revanche, ces groupes sont favorables à un renforcement du congé parental d'éducation plus court et mieux indemnisé tel que proposé dans l'avis de 2022 du CESE « Vers un service public d'accueil de la petite enfance »⁴⁷³.

De plus, si étymologiquement, le terme « congé » définit bien la possibilité et la permission de s'absenter, il n'en demeure pas moins que la connotation relève d'un temps de repos et de vacances comme des congés annuels.

Ce temps doit être considéré pour ce qu'il est, c'est-à-dire un temps dédié à la fin de la grossesse pour les femmes et l'arrivée de l'enfant pour les parents (le cas échéant), il doit être considéré comme une étape potentiellement à risque, souvent difficile. Le terme de « arrêt » pourrait se justifier par l'action de la Sécurité sociale versant des indemnités journalières. D'autres idées sont apportées par des personnalités ou associations, tel que le terme de « pause ». Elise Marcende, présidente de l'association Maman Blues, l'explique⁴⁷⁴ : « *quand on accueille l'enfant, c'est tout sauf un congé, ce n'est pas du repos. C'est une période particulière, c'est une rencontre avec l'enfant, une rencontre avec l'autre en tant que parent, impliquant une perte d'équilibre* ». Il serait intéressant de se demander si le terme de « congé » n'est pas désuet par rapport à l'enjeu central poursuivi par son allongement et sa bonne répartition entre les parents.

LA POLITIQUE DE L'ACCUEIL DE L'ENFANT, SOURCE D'INQUIÉTUDE DES PARENTS

Avant même l'arrivée de l'enfant, les sources d'inquiétude des parents sont multiples, notamment vis-à-vis de leur arrêt de travail et lié à cela, le système de garde et d'accueil de l'enfant à naître.

472 France Stratégie, Lutter contre les stéréotypes filles-garçons. Quel bilan de la décennie, quelles priorités d'ici à 2030 ?, 12 mai 2025.

473 Adopté le 22 mars 2022 et rapporté par Marie-Andrée Blanc et Pascale Coton pour la commission des affaires sociales et de la santé.

474 Table-ronde organisée par la délégation aux droits des femmes de l'Assemblée nationale sur les nouveaux enjeux de la maternité et de la paternité, le mercredi 2 avril 2025 dans le cadre de la Mission d'information sur les politiques d'accompagnement à la parentalité (Sarah Legrain, députée, co-rapporteuse ; Delphine Lingemann, députée, co-rapporteuse).

Dans son avis de 2022 « Vers un service public de la petite enfance »⁴⁷⁵ suite à la saisine du Premier ministre, le CESE avait émis 15 préconisations concrètes pour mettre en adéquation le système d'accueil avec les besoins des parents et avait fait le constat de difficultés persistantes.

Il appelait à agir contre la pénurie de personnel, à lutter contre un système qui est insuffisamment transparent et lisible, renforçant les inégalités. Il notait également que l'impact d'un défaut d'accueil reposait essentiellement sur les femmes qui interrompent leur activité professionnelle contrairement aux pères, alimentant les stéréotypes genrés sur le rôle de la mère et du père auprès de l'enfant et renforçant la précarisation des mères. Par ailleurs, l'accueil lui-même repose essentiellement sur les femmes puisque les métiers de la petite enfance sont quasiment exclusivement féminins, sous-valorisés socialement et financièrement.

Le CESE appelait à inscrire la mise en place du service public de la petite enfance dans le parcours des « 1000 premiers jours » tel que demandé par la commission présidée par Boris Cyrulnik. L'accueil de l'enfant dans les meilleures conditions relève par ailleurs de son intérêt supérieur et du respect de ses droits fondamentaux garantis par la Convention internationale des droits de l'enfant.

Or, selon le dernier rapport de l'Observatoire national de la petite enfance⁴⁷⁶, **le taux de couverture s'établit à 60,3 places pour 100 enfants de moins de 3 ans**, en hausse par rapport à 2021, mais toujours insuffisant pour couvrir les demandes d'accueil. Toutes les sources s'accordent à établir à **200 000 le nombre de places manquantes en crèche**. Le même chiffre est avancé par le Gouvernement pour son objectif de création d'ici 2030.

Pour pallier ce manque de places, la Cour des comptes⁴⁷⁷ suggère d'augmenter la durée du congé maternité, uniquement, à 4 mois, afin que les femmes puissent garder l'enfant à la maison et ne pas solliciter de structure collective. Preuve supplémentaire que l'offre de mode d'accueil est intrinsèquement liée à la politique d'égalité entre les femmes et les hommes.

3. Focus sur les femmes laissées pour compte du congé maternité

LES DIFFICULTÉS RENCONTRÉES PAR LES FEMMES CHEFFES D'ENTREPRISE, ENTREPRENEUSES, ARTISANES ET AGRICULTRICES EN PÉRIODE PÉRINATALE

Si les droits aux congés de maternité sont devenus identiques pour toutes les femmes quels que soient leur statut et contrat de travail, **la réalité de la vie**

475 Pascal Coton et Marie-Andrée Blanc, rapporteuses, « Vers un service public de la petite enfance », Conseil économique, social et environnemental, mars 2022.

476 Rapport de l'Observatoire national de la petite enfance : Les derniers chiffres de référence de l'accueil des jeunes enfants ; 16 décembre 2024.

477 Cour des Comptes, « La politique d'accueil du jeune enfant », décembre 2024.

quotidienne des femmes qui ne sont pas salariées rend la prise du congé plus difficile pour plusieurs raisons.

La période périnatale (grossesse, maternité et *post-partum*) constitue un moment de particulière vulnérabilité pour les femmes et cette vulnérabilité est exacerbée pour celles exerçant une activité indépendante (artisanes, professionnelle libérale, commerçante, agricultrice). Contrairement aux salariées bénéficiant d'un cadre juridique structuré et d'une protection sociale relativement homogène, les femmes cheffes d'entreprise, entrepreneuses, artisanes ou agricultrices sont confrontées à une série de difficultés, à la fois institutionnelles, économiques et culturelles.

Tout d'abord, les dispositifs d'indemnisation prévus pour les indépendantes sont moins favorables que ceux destinés aux salariées, tant en termes de montant que de conditions d'éligibilité. Les régimes de protection sociale des indépendants et indépendantes ont toujours conditionné les indemnités journalières à un équilibre délicat entre droits et niveaux de cotisations. Cette situation met en lumière un enjeu majeur : la faible mixité femmes-hommes dans la gouvernance des organismes de protection sociale et son impact sur la prise en compte des besoins spécifiques des femmes. Le versement d'allocations forfaitaires ou d'indemnités journalières est soumis à des critères restrictifs (cessation totale d'activité durant au moins 8 semaines, indemnisation forfaitaire indépendamment du niveau de revenus), souvent difficilement compatibles avec la gestion d'une entreprise ou d'une exploitation

agricole. Si l'exercice indépendant offre une plus grande autonomie, notamment dans l'organisation du temps de travail ou pour se rendre aux rendez-vous médicaux, de nombreuses femmes sont cependant contraintes d'anticiper leur congé maternité en constituant une trésorerie de précaution afin de pouvoir assumer les charges liées à l'entreprise ou à leur outil de travail pendant leur absence.

Ensuite, la prise effective d'un congé maternité est aussi contrainte par l'absence de personnel ou de dispositifs de remplacement ou de relais opérationnel dans certaines professions.

Par ailleurs, lorsqu'un remplacement est possible, cela ne soulage pas totalement la charge mentale des professionnelles concernées. La recherche d'un ou d'une remplaçante, la contractualisation de l'organisation du travail, la supervision à distance et la gestion globale de l'entreprise restent en grande partie à leur charge. Cette responsabilité souvent invisible, s'ajoute à la préparation de l'arrêt d'activité et peut constituer une source importante de stress. Les professionnelles indépendantes doivent donc souvent différer le plus longtemps possible leur arrêt d'activité prénatal et/ou reprendre précocement après l'accouchement. Cette impossibilité à déléguer renforce leur charge mentale et physique et accentue les risques de complications ou d'épuisement.

On peut cependant observer l'émergence d'initiatives et de réseaux d'entraide pour appuyer les indépendantes dans leur recherche de remplaçantes ou remplaçants. Par exemple, des plateformes d'annonces spécialisées peuvent faciliter leur recherche dans

des secteurs tels que la santé⁴⁷⁸ ou l'avocature⁴⁷⁹. Les chambres consulaires peuvent aussi faciliter les mises en relation avec des remplaçantes ou remplaçants.

Il existe par ailleurs un **risque d'une précarisation économique** directe. L'arrêt temporaire d'activité entraîne fréquemment une baisse de chiffre d'affaires, ou un déséquilibre de trésorerie, voire un risque de perte de clientèle, quasi systématique pour les professionnelles qui exercent seules. Une étude de la DREES montre par exemple, pour les femmes médecins, une diminution de revenus de 25 à 30 % sur un an autour de la naissance⁴⁸⁰. La baisse de revenus au cours de la période périnatale peut également s'expliquer par l'accroissement, à compter de l'arrivée du premier enfant, des charges familiales et domestiques qui sont majoritairement assumées par les femmes au sein du couple. Faute de dispositifs adaptés pour accompagner la continuité de l'activité, cette période peut fragiliser durablement la viabilité de leur entreprise. De nombreuses femmes indépendantes se tournent vers le salariat pour pallier ces risques. Pour préserver l'outil de travail des femmes pendant cette période, certaines organisations syndicales patronales, comme l'Union nationale des professions libérales, proposent

la mise en place d'une période franche pendant laquelle toutes les charges obligatoires (fiscales, sociales, ordinales) seraient suspendues, reportées ou lissées. Cette période franche concernerait également les contrats d'exploitation (prêts, leasing, ...). Elles proposent également la mise en œuvre d'une possibilité de chômage partiel pour les professionnelles qui ont des salariées.

Les femmes concernées souffrent également d'un défaut d'information et d'un manque de relais institutionnels. Les dispositifs d'accompagnement à la maternité sont rarement pensés pour les spécificités des indépendantes, qui peuvent donc se retrouver isolées face à leurs démarches. Cette invisibilité se retrouve dans la construction des politiques publiques, qui peinent à prendre en compte la diversité des statuts professionnels féminins.

Enfin les femmes, lorsqu'elles deviennent mères, peuvent subir les conséquences de représentations sociales tenaces qui remettent en cause leur capacité à assumer pleinement des responsabilités professionnelles. Cette perception engendre une injonction implicite à maintenir un haut niveau d'activité pour démontrer leur légitimité. Dans ce contexte, leurs éventuelles

478 Via l'application Appines à destination des professionnelles et professionnels de santé par exemple, ou via le site de l'Ordre des sages-femmes. On peut y retrouver des offres de remplacement de postes.

479 Secours Diligences : comment bénéficier du dispositif de soutien. Le Conseil de l'Ordre a voté, le 9 juillet 2024, la création d'un nouveau service à destination des avocates et avocats qui ne peuvent temporairement pas exercer : « Secours Diligences ». Ce dispositif vise à venir en aide aux avocates et avocats confrontés à des situations telles que la parentalité ou des problèmes de santé graves en prenant en charge gratuitement les actes simples ou démarches ponctuelles nécessitant leur présence.

480 DREES « L'influence des charges de famille sur les revenus d'activité, selon le genre : le cas des médecins libéraux français », mars 2017, n°14.

indisponibilités ou adaptations sont souvent interprétées comme des signes de désengagement, ce qui peut affecter la confiance de leurs partenaires, confrères ou clients, altérer la qualité perçue de leurs prestations et nuire à la reconnaissance de leurs résultats. De telles attentes déraisonnables constituent une forme de pression constante, contribuant à maintenir une inégalité de traitement entre femmes et hommes dans les sphères économiques et professionnelles. Nombreuses sont celles qui intériorisent ces injonctions contradictoires, et continuent à faire face à une forme de culpabilité à «lever le pied » au moment de la maternité.

Ces constats soulignent la nécessité de repenser les politiques d'accompagnement en période périnatale, pour garantir aux femmes exerçant à leur compte ou dirigeant une activité, des droits qui leur permettent de préserver leur outil de travail. Une égalité réelle passe par une adaptation des dispositifs existants à la diversité des parcours professionnels féminins.

PRÉCONISATION #23

Le CESE recommande que toute politique publique sur la maternité et la parentalité prenne en compte la situation des travailleurs et travailleuses non-salariées, après concertation avec les organisations qui les représentent.

LA PÉRIODE DE PÉRINATALITÉ DES FEMMES ÉLUES EN FRANCE : ENTRE CADRE JURIDIQUE LACUNAIRE ET PERSISTANCE DE SEXISME

• Un cadre juridique inexistant

En France, les femmes exerçant des mandats électifs, telles que les maires, députées, sénatrices ou ministres, ne bénéficient pas d'un cadre juridique clair et adapté en matière de droits liés à la grossesse et à la maternité. Contrairement aux salariées ou aux travailleuses indépendantes, **les élues ne disposent pas d'un congé maternité formellement reconnu ni d'une indemnisation adéquate durant cette période.** En France, les membres de l'Assemblée nationale peuvent déléguer leur droit de vote dans certaines circonstances très limitées (par exemple, l'entrée au gouvernement). Toutefois, le congé de maternité n'est pas mentionné comme motif de délégation du droit de vote, mais seulement la maladie. En conséquence, il y a des possibilités de congés et de délégation de vote pour les membres de l'Assemblée nationale, mais les députées qui souhaitent bénéficier d'un congé maternité doivent invoquer un congé de maladie ou une autre raison mentionnée à l'article 1 de l'ordonnance 58-1066⁴⁸¹ pour déléguer leur droit de vote⁴⁸². Cette absence de dispositions spécifiques engendre des situations précaires, où les élues doivent souvent choisir entre l'exercice de leur mandat et leur santé périnatale, ce qui constitue un frein à leur engagement politique.

481 Ordonnance n° 58-1066 du 7 novembre 1958 portant loi organique autorisant exceptionnellement les parlementaires à déléguer leur droit de vote.

482 Preparing a harmonized maternity leave for Members of the European Parliament - legal analysis - Anne Bonewitt (2016).

Or l'engagement politique des femmes représente un enjeu démocratique et sociétal majeur, il constitue un pilier essentiel pour construire une démocratie plus juste, inclusive et performante. À l'heure où les sociétés doivent relever des défis complexes et multidimensionnels, la pleine participation des femmes à la vie politique n'est pas seulement une exigence d'égalité, mais une condition de l'efficacité et de la légitimité des politiques publiques.

Tout d'abord, la représentation équilibrée des femmes et des hommes dans les instances de décision est une exigence démocratique fondamentale. Les femmes représentant la moitié de la population, leur sous-représentation politique nuit à la qualité du débat public et à la pertinence des décisions prises. Leur présence permet de garantir que les lois et les politiques reflètent les besoins et les priorités de l'ensemble de la population.

Ensuite, l'engagement des femmes enrichit les politiques publiques par des approches plus inclusives et centrées sur des enjeux souvent négligés : santé, parentalité, égalité professionnelle, lutte contre les violences, accès aux droits, précarité économique, transition écologique. Les femmes, par leur expérience sociale et professionnelle, apportent des éclairages complémentaires essentiels à une meilleure compréhension des réalités sociales.

En outre, leur implication contribue à transformer les pratiques politiques elles-mêmes. Plusieurs études ont montré que la participation des femmes favorise des modes de gouvernance plus coopératifs, moins hiérarchiques, plus transparents et plus orientés vers le compromis et

la recherche de solutions durables. Leur présence permet aussi de lutter contre certaines formes de violence ou de pratiques clientélistes encore trop fréquentes dans certains milieux politiques.

Enfin, l'engagement politique des femmes constitue un levier puissant d'émancipation. Il participe à déconstruire les stéréotypes de genre, ouvre des perspectives pour les jeunes générations, et favorise la reconnaissance pleine et entière des compétences des femmes dans tous les domaines de la vie publique.

Ainsi, renforcer la place des femmes en politique et créer les conditions qui leur permette de vivre sereinement, sans discrimination ni exclusion, la ou les périodes de leur vie dédiée(s) à la maternité n'est pas seulement une question de justice : c'est une condition pour faire société ensemble, avec plus d'efficacité, de légitimité et d'humanité.

• **La persistance de discriminations et de violences sexistes**

Malgré les progrès réalisés en matière d'égalité entre les sexes, les femmes engagées en politique – qu'elles soient maires, députées, sénatrices ou ministres – continuent de subir des discriminations spécifiques lorsqu'elles traversent une grossesse ou une période périnatale. Ces obstacles, souvent invisibles aux yeux du grand public, s'inscrivent dans un fonctionnement institutionnel et culturel encore largement conçu sans considération pour la maternité.

Les règles de fonctionnement des institutions politiques ne prennent que très rarement en compte les réalités biologiques et sociales liées à la grossesse. Aucune

adaptation systématique des calendriers parlementaires, des plénières ou des travaux en commission n'est prévue pour permettre à une élue enceinte ou jeune mère de participer pleinement à la vie politique. **Cette absence d'aménagement révèle une invisibilisation institutionnelle de la maternité, comme si celle-ci n'existait pas dans les hautes sphères de la décision publique.**

Par ailleurs, les élues ne bénéficient pas de congé maternité au sens du Code du travail. Celles qui souhaitent interrompre temporairement leur mandat pour raisons de santé ou pour accueillir un enfant doivent souvent le faire en sacrifiant leur visibilité médiatique et leur influence politique. Cette situation les expose à des choix douloureux et renforce les inégalités d'accès et de maintien dans les responsabilités électives.

Les femmes politiques et élues subissent régulièrement des violences sexistes, qui se renforcent particulièrement lorsqu'elles sont enceintes. Leur

grossesse devient un prétexte pour les infantiliser, remettre en question leur légitimité, leur autorité politique ou leur capacité à exercer pleinement leurs fonctions. Elles peuvent faire l'objet de remarques déplacées, de moqueries sur leur apparence ou leur prétendue fragilité, baisse de disponibilité et d'engagement, et sont parfois écartées des responsabilités et des décisions stratégiques sous couvert de "protection". Ce sexisme ordinaire se double d'un harcèlement plus insidieux, parfois public, visant à les décrédibiliser, les délégitimer, les invisibiliser ou les réduire à leur rôle maternel, au détriment de leur engagement politique. Cette violence symbolique ou verbale, en contradiction avec les principes d'égalité et de représentation, participe à entretenir une culture de domination qui dissuade d'autres femmes d'accéder ou de se maintenir dans les fonctions électives.

L'absence de dispositions spécifiques pour leur permettre de participer à distance aux travaux parlementaires ou aux conseils municipaux lorsqu'elles ne peuvent se déplacer physiquement les exclut temporairement du débat démocratique. Cette impossibilité d'être présente, faute d'outils de représentation ou d'organisation adaptée, constitue une rupture de l'égalité de traitement entre élus et crée un déficit démocratique au détriment de l'expression des voix féminines.

L'exemple d'autres institutions du nord de l'Europe⁴⁸³

En Suède, les membres du Riksdag ont le même droit au congé parental que les autres employés. Ce droit est régi par la loi sur le congé parental (1995). L'allocation parentale est versée pendant 480 jours et comporte trois niveaux d'indemnisation différents. Le premier niveau est basé sur l'importance des revenus, tandis que les deux autres niveaux versent un montant fixe par jour. Une femme enceinte a le droit de commencer son congé parental 60 jours avant la naissance prévue de l'enfant. Ainsi, un membre du Riksdag peut se voir accorder un congé parental. Si un membre bénéficie d'un congé parental d'au moins un mois, ses fonctions sont exercées par un suppléant pendant toute la durée de son absence. La demande de congé est examinée par le président du Parlement.

Aux Pays Bas, les membres du Parlement peuvent être remplacés temporairement en cas de grossesse, d'accouchement ou de maladie. À la demande d'un ou d'une députée, le président de l'assemblée représentative lui accorde la cessation temporaire de son mandat en cas de grossesse et d'accouchement. Après avoir accordé la cessation temporaire, le président de séance en informe le ou la présidente de la commission électorale centrale (Centraal Stembureau). Cette commission nomme un membre remplaçant qui remplacera la députée pendant son congé de maternité. La députée sera remplacée par un ou une membre du même parti politique et il s'agit généralement du ou de la membre suivant (non élue) sur la liste électorale. Outre les membres du Parlement, ces dispositions s'appliquent également aux membres des conseils régionaux et municipaux.

Au Danemark, les membres du Parlement peuvent bénéficier d'un congé de 12 mois en cas de grossesse, de naissance ou d'adoption. Pendant ce congé, le ou la députée est remplacée temporairement par un suppléant. Lorsqu'un ou une députée demande un congé, le président du Parlement invite le ou la suppléante à reprendre le mandat du ou de la députée d'origine.

Les discriminations subies par les femmes élues pendant leur grossesse ne relèvent pas seulement de difficultés individuelles : elles traduisent **une inadaptation systémique de l'espace politique aux réalités de la maternité**. Pour garantir une réelle égalité d'accès

et d'exercice du pouvoir, il est impératif de repenser les institutions, les statuts et les représentations à l'aune des expériences féminines, afin de rendre le champ politique véritablement inclusif et représentatif.

⁴⁸³ Preparing a harmonized maternity leave for Members of the European Parliament - legal analysis - Anne Bonewitt (2016)

Conclusion

Malgré des évolutions positives depuis une trentaine d'années, la santé reste trop souvent un domaine où perdurent un certain nombre d'inégalités entre hommes et femmes, que ce soit en matière de prévention, de diagnostic ou de soins, sans oublier l'impact sociétal que peuvent générer les pathologies spécifiquement féminines, notamment celles qui surviennent à l'occasion des périodes périnatales.

La périnatalité constitue un moment particulier de la vie des femmes, allant du projet de grossesse, jusqu'à la naissance et au *post-partum*. Cette période fait aujourd'hui l'objet de fortes alarmes : mortalité infantile en hausse, ce qui fait de notre pays l'une des lanternes rouges des pays européens ; mortalité maternelle qui ne diminue plus et résulte en premier lieu, sur la première année de l'enfant, du suicide des femmes ; dépression *post-partum* encore trop mal prise en charge dans le contexte d'un secteur psychiatrique en déliquescence ; congés mal adaptés et qui ne permettent pas aux pères ou au second parent de s'investir pleinement dans la relation parent-enfant ; partage inégal des tâches domestiques entre les femmes et les hommes, vieille antienne qui pourtant reste d'actualité, etc.

Au-delà de la relance du dispositif des « 1 000 premiers jours », dont la mise en œuvre a été freinée par les différents remaniements ministériels, il est urgent que les politiques publiques s'emparent de cette thématique. L'objectif serait de construire des mécanismes solides capables d'accompagner convenablement les parents, en leur permettant un réel choix d'articulation entre vie professionnelle et vie personnelle, et plus particulièrement les mères, dont toutes les études montrent qu'elles sont

encore trop pénalisées dans leur carrière par l'arrivée d'un enfant. La culture du présentisme pénalise les femmes et le monde du travail invisibilise encore trop souvent la parentalité. Les structures employeuses ont une responsabilité dans l'impact qu'elles produisent sur la parentalité. Si notre société veut investir sur l'avenir, elle doit faire des choix et mettre en œuvre tous les moyens nécessaires à la réalisation de ses ambitions. Mieux prévenir et mieux soigner, garantir aux femmes et à leur(s) enfant(s) une prise en charge globale, sécurisée et axée sur la prévention, du projet de grossesse à la période postnatale représente un enjeu majeur de santé publique, contribuant à réduire les risques et à promouvoir le bien-être tant des mères que leurs enfant.

Scrutin

**Scrutin sur l'ensemble de l'avis.
Le CESE a adopté.**

**Nombre de votantes
et de votants : XXX**

Pour : XXX

Contre : XX

Abstentions : XX

A VENIR

Annexes

1

Composition de la délégation aux droits des femmes et à l'égalité à la date du vote

Présidente

Agathe HAMEL

Vice-Président

Dominique JOSEPH

Vice-Présidente

Patricia BLANCARD

Groupe Agir autrement pour l'innovation sociale et environnementale

Majid EL JARROUDI

Groupe Agriculture

Manon PISANI

Groupe Alternatives sociales et écologiques

Marie-Pierre CALMELS

Cécile GONDARD-LALANNE

Groupe Artisanats et Professions Libérales

Aminata NIAKATE

Fabienne MUNOZ

Groupe Associations

Souâd BELHADDAD

Viviane MONNIER

Jean-Pascal THOMASSET

Claire THOURY

Groupe CFTD

Patricia BLANCARD

Albert RITZENTHALER

Monique GRESSET-BOURGEOIS

Groupe CFE-CGC

Valérie GAYTE

Groupe CGT

Benoit GARCIA

Fabienne TATOT

Groupe CGT-FO

Dominique DELAVEAU

Béatrice CLICQ

Groupe Entreprise

Catherine GUERNIOU

Fany RUIN

Anouk ULLERN

Groupe Environnement et nature

Antoine GATET

Venance JOURNE

Nicolas RICHARD

Groupe Familles

Marie-Josée BALDUCCHI

Marie-Claude PICARDAT

Groupe Organisations Etudiantes et Mouvements de jeunesse

Agathe HAMEL

Helno EYRIEY

Evanne JEANNE-ROSE

Groupe Outre-mer

Ghislaine ARLIE

Inès BOUCHAUT-CHOISY

Groupe Santé citoyenneté

Dominique JOSEPH

2

Listes des personnes auditionnées et rencontrées

Muriel Salle

Rapporteuse du rapport Haut Conseil d'Égalité « Prendre en compte le sexe et le genre pour mieux soigner : un enjeu de santé publique »

Laurence Cohen

Ancienne conseillère du CESE, sénatrice et rapporteure du rapport du Sénat « Santé des femmes au travail »

Florence Chappert

Responsable du projet « Genre, égalité, santé et conditions de travail » à l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT)

Sarah Tebeka

Professeure et psychiatre spécialisée en périnatalité, Hôpital Louis Mourier AP-HP, Université Paris Cité, Chercheuse à l'Inserm.

Patricia Lemarchand

Pneumologue et professeure de biologie cellulaire à la faculté de médecine de l'Université de Nantes

Francelyne Marano

Professeure émérite de l'Université Paris Cité, membre du Haut Conseil de la Santé Publique et vice-présidente du comité d'experts santé environnement travail Santé Publique France

Danielle Gaudry

Gynécologue-obstétricienne, présidente réseau périnatalité du Val-de-Marne

Isabelle Derrendinger

Présidente de l'Ordre des sages-femmes, directrice de l'école des sages-femmes de Nantes

Estelle Kramer

Sage-femme à la Direction de la santé publique, au service de Protection Maternelle et Infantile (PMI) de la ville de Paris

Johanna-Soraya Benamrouche

Co-fondatrice de l'Observatoire féministe des violences médicales

Béatrice Idiard-Chamois

Sage-femme référente sur le handicap, consultante à l'Institut mutualiste Montsouris

Sushina Lagouje

Autrice et enseignante

Catherine Deneux-Tharaux

Médecin, Directrice de recherche à l'Inserm, Responsable scientifique de l'ENCMM

Anne Lorient

Autrice et militante associative

Inès Boban

Référente nationale chargée du maintien des liens familiaux et de la parentalité à la Direction de l'administration pénitentiaire, Ministère de la Justice

François-Marie Tarasconi

Adjoint au chef de département des politiques sociales et des partenariats à la Direction de l'administration pénitentiaire, Ministère de la Justice

Martine Mabiala Moussirou

Cadre supérieur du pôle Femme-Périnatalité du Centre hospitalier de Saint-Denis

Yohann Mourier

Directeur délégué du Centre hospitalier de Saint-Denis

Catherine Leguay-Portada

Directrice déléguée du Centre hospitalier de Saint-Denis

Stéphane Bounan

Chef de service de la maternité du Centre hospitalier de Saint-Denis

Marianne Sonda

Cadre à la Maison des femmes, Centre hospitalier de Saint-Denis

Elsa Foucraut

Pétitionnaire

Sonia Bisch

Pétitionnaire

Mathilde Lemiesle

Pétitionnaire

Sandra Lorenzo

Pétitionnaire

3

La santé périnatale dans les Outre-mer - note de veille de la délégation aux Outre-mer

L'état de santé périnatale est particulièrement préoccupant en Outre-mer selon l'Enquête Nationale Périnatale - DROM de Santé Publique France. De manière générale, les indicateurs de santé périnatale sont plus défavorables en Outre-mer que dans l'Hexagone. Plusieurs constats témoignent de manques importants dans l'accès aux soins, le suivi et la prise en charge périnatale en Outre-mer.

La santé périnatale est aussi particulièrement marquée par des problématiques socioéconomiques telles que : la précarité ; certains traits culturels, notamment dans le recours à la contraception ; et les risques liés à la santé physique des femmes. La Guyane et Mayotte sont les territoires les plus touchés par ces inégalités.

A. Des grossesses moins souvent planifiées et suivies en Outre-mer

L'Enquête Nationale Périnatale ENP-DROM met en lumière un suivi et une préparation des grossesses moins assidus que dans l'Hexagone : la part des femmes ayant eu au moins trois échographies fœtales pendant la grossesse est plus faible dans les Départements et Régions d'Outre-mer (DROM), et particulièrement en Guyane. Le constat est similaire en ce qui concerne les consultations en prévision de la grossesse : en 2021, 21,4% des femmes en Martinique en ont bénéficié, 21,7% en Guadeloupe, tandis qu'au niveau national, le taux s'élève à 37,9%¹.

Les grossesses non planifiées ou non désirées sont plus fréquentes. A la découverte de leur grossesse, 22,3 % des femmes en Martinique auraient préféré être enceintes plus tard, et 10,5 % auraient préféré ne pas être enceintes. La part des grossesses « survenues trop tôt » ou « non désirées » est de 27,5 % à Mayotte, 32,8 % en Martinique². En Guyane, 29 % des femmes interrogées auraient préféré ne pas être enceinte. Les grossesses moins souvent planifiées expliquent en partie que ces dernières soient moins bien suivies. Cette part de grossesses « non désirées » peut aussi avoir un impact sur le bien-être des femmes. Ces chiffres peuvent ainsi être mis en parallèle avec le taux de femmes n'ayant jamais utilisé de méthode contraceptive. En Guadeloupe, ce taux atteint près de 23 % contre 11,8 % dans l'Hexagone³. A Mayotte, 39,6% des femmes n'ont pas recours à la contraception.

L'accès à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) n'est pas suffisamment garanti partout en Outre-mer. Dès 2022, le CESE affirmait sa position en faveur de l'inscription du droit à l'IVG dans la Constitution. La loi constitutionnelle du 8 mars 2024

¹ Santé Publique France, *Santé périnatale en Martinique. Résultats de l'Enquête nationale périnatale 2021 dans les DROM (ENP-DROM 2021)*, 2023

² Guillotin, Véronique, *Transformation de l'offre de soins périnataux dans les territoires : le travail doit commencer*, Rapport d'information sénatorial n° 753 (2023-2024), tome I, 2024

³ Santé Publique France, *Santé périnatale en Guadeloupe et à Saint-Martin. Résultats de l'Enquête nationale périnatale 2021 dans les DROM (ENP-DROM 2021)*, 2023

a inscrit dans la Constitution de 1958 la liberté garantie des femmes de pouvoir recourir à l'interruption volontaire de grossesse. La mise en œuvre de ce droit fondamental ne doit pas se voir entravée en Outre-mer par un quelconque manque de moyens, financiers ou techniques, ni par des difficultés d'accès ou d'éloignement géographique. L'amélioration de l'accès à l'information et à la contraception préventive revêtent une grande importance. D'après la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), les Outre-mer affichent les taux de recours à l'IVG les plus élevés en France, dans la mesure où la Guyane, la Guadeloupe et la Martinique sont les trois départements français où les femmes de 15 à 49 ans ont le plus recours à l'avortement. Concernant les IVG sur mineures de 15 à 17 ans, le taux de recours est de 14 IVG pour 1 000 femmes pour les résidentes des DROM, contre 5 en France Hexagonale. Ces travaux soulignent également que les femmes ayant des revenus plus faibles ont davantage recours à l'avortement. De plus, la précarité socio-économique peut faire obstacle à l'accès à la contraception préventive afin d'éviter une grossesse non désirée. A titre d'exemple, 23,9 % des personnes interrogées à La Réunion dans le cadre de l'enquête KABP⁴ déclaraient que la pilule était trop chère pour elles.

La délégation aux Outre-mer demande la mise à disposition gratuite de moyens contraceptifs dans les dispensaires, les associations départementales du Planning Familial, les centres de protection maternelle et infantile, et dans les consultations à l'hôpital, à destination particulièrement des jeunes, des personnes les plus précaires, isolées et les plus vulnérables.

Au-delà de l'accès, le faible recours à la contraception s'explique également par des raisons culturelles. La directrice régionale aux droits des femmes et à l'égalité de Guyane a fait état de « croyances » et de pratiques culturelles qui limitent le recours à la contraception hormonale qui serait sensée diminuer la fertilité de la femme sur le long terme. De plus, le taux de grossesses précoces chez les mineures est sept fois plus important en Guyane qu'en France hexagonale dans la mesure où les jeunes filles considèrent que la contraception préventive ne serait pas le meilleur moyen de se protéger. Cela est notamment lié à l'association de la contraception à un risque d'infertilité, croyance qui se transmet de génération en génération. Les grossesses précoces désirées ou non de jeunes femmes mineures restent ainsi particulièrement élevées, principalement en Guyane et à Mayotte.

La délégation aux Outre-mer rappelle l'importance de l'éducation à la vie affective, relationnelle et sexuelle (EVARS), telle que présentée dans sa contribution à l'avis du CESE *Éduquer à la vie affective, relationnelle et sexuelle*. Les grossesses précoces chez les mineures et les infections sexuellement transmissibles sont en effet plus importantes en Outre-mer. C'est pourquoi une large sensibilisation auprès du grand public à l'égalité femmes-hommes et à l'éducation à la vie affective, relationnelle et sexuelle doit se mettre en place en tenant compte des spécificités culturelles de ces territoires. Les façons de mettre en œuvre l'EVARS, qui porte des valeurs universelles, doivent tenir compte des spécificités sociales et culturelles propres à chaque territoire en Outre-mer, en prenant en compte les tabous et les croyances particulières, les conditions sociales et économiques et les usages des réseaux sociaux. L'accès à la

⁴ Les connaissances, attitudes, croyances et comportements des Réunionnais en matière de risques liés aux comportements sexuels en 2012, Contraception et grossesses non prévues, Observatoire régional de la santé de La Réunion, juin 2014

prévention et à la santé doit être développé dans le cadre scolaire, beaucoup d'enfants n'ayant pas accès aux soins dans leur milieu familial. Les enseignements doivent davantage s'ouvrir à des dispositifs d'éducation aux compétences « psychosociales » : égalité femmes-hommes ; lutte contre les violences faites aux femmes ; prévention des grossesses précoces ou non-désirées ; éducation à la vie affective, relationnelle et sexuelle ; prévention du harcèlement, des conduites addictives et de la délinquance.

Pour la délégation aux Outre-mer, il est indispensable d'introduire les notions promues par l'EVARS dans le cadre du soutien à la parentalité en Outre-mer. L'intervention sociale auprès des familles ou le fait même d'appliquer des séances d'EVARS au sein des établissements scolaires implique d'adapter les messages aux réalités sociales et culturelles vécues par les personnes.

L'insuffisance de l'offre médicale de proximité constitue un frein important au suivi périnatal. Alors que le recours à des centres de protection maternelle et infantile (PMI) est primordial dans le suivi médical et de prévention des femmes enceintes et des nouveau-nés, 40 % de ceux-ci ont fermé en l'espace de 15 ans en Outre-mer⁵. A Mayotte, un rapport publié par la chambre régionale des comptes à la suite d'un contrôle d'avril 2022 à mars 2023, met en lumière le manque important d'offre de prestations de la PMI sur le territoire⁶. Elle ne dénombre ainsi que trois consultations de grossesse par PMI. Cette offre apparaît très insuffisante au regard du nombre de naissance sur l'île. Par ailleurs, l'éloignement territorial nuit à l'offre médicale de proximité disponible. En Guyane, les PMI se trouvent en première ligne pour la prise en charge et l'accompagnement des femmes et de leurs nouveau-nés, tout particulièrement celles vivant dans les communes de l'intérieur, éloignées du littoral urbanisé et desservies par des voies de communication réduites. Cependant, ces PMI se retrouvent en difficulté, notamment en termes de recrutement. Des initiatives ont alors été engagées par la collectivité territoriale de Guyane, en collaboration avec le Centre Hospitalier de Cayenne (CHC), afin que les sages femmes des Centres délocalisés de prévention et de soins (CDPC), équipe mobile de santé publique mise en place au service des populations isolées en Guyane intérieure, puissent assurer certaines missions de PMI.

B. Une mortalité maternelle et infantile plus importante dans les territoires ultramarins

Dans les Outre-mer, les taux de mortalité maternelle et infantile sont généralement plus élevés : les décès de nourrissons sont ainsi deux fois plus nombreux dans les DROM qu'au niveau national⁷. Ainsi, selon l'Insee, pour 1 000 enfants nés en Guyane, 9,7 décèdent lors de la première année de leur vie. Ce ratio s'élève à 9,2 enfants à Mayotte, 8 en Martinique, 7,8 en Guadeloupe et 6,9 à La Réunion contre une moyenne

⁵ Postollec Julie, Pourquoi davantage de bébés meurent dans les Outre-mer ?, *Outre-mer la 1ère*, 15 mars 2025
⁶ Chambre régionale des comptes de Mayotte, *Rapport d'observations définitives : Département de Mayotte-Protection maternelle et infantile*, 2023

⁷ Le taux de mortalité infantile (décès d'enfants lors de la première année de vie) ne cesse d'augmenter depuis 2020 en France. En 2024, il était de 4,1 pour 1 000 naissances, plaçant le pays à la 23ème position sur les 27 Etats de l'Union européenne. Blanpain, Nathalie, Un enfant sur 250 meurt avant l'âge d'un an en France, *Insee Première*, n° 2048, avril 2025

nationale de 3,5 enfants décédés pour 1 000 naissances⁸. Un rapport d'information du Sénat de septembre 2024 portant sur la *Transformation de l'offre de soins périnataux dans les territoires : le travail doit commencer* indique que le taux de mortalité néonatale (décès d'enfants de moins de 28 jours) est lui aussi plus élevé en Outre-mer : de 5,6 % dans les DROM, contre 2,6 % en France hexagonale en 2022. Par ailleurs, la part des enfants nés avec un « petit poids », c'est-à-dire, inférieur à 2 500 grammes était plus élevée : entre 10,5 % et 12,4 % dans les DROM contre 7,1 % en France hexagonale. De manière générale, les taux de mortinatalité (enfants nés sans vie après 6 mois de grossesse) sont également bien plus élevés, à l'exception de La Réunion où les taux sont proches de la moyenne nationale (8,2 %, pour 8,5 %). En 2022, en moyenne, il s'élevait à 14,5 % en Outre-mer, soit 1,5 fois plus important que dans le reste du territoire national⁹. Le rapport d'information du Sénat souligne qu'il s'agit principalement de mortinatalité spontanée car le recours à l'interruption médicale de grossesse est quasiment identique à celui que l'on retrouve dans l'Hexagone¹⁰.

Depuis 1996, date à laquelle le premier rapport de l'enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles fut publié, les territoires ultramarins présentent un niveau moyen de mortalité maternelle (décès d'une femme en cours d'une grossesse ou pendant les 42 jours suivant l'accouchement) également plus élevé que celui de la France hexagonale. L'étude menée par l'Insee met en lumière la situation de mères « l'intersection de plusieurs dangers » : la population des mères accouchant en Outre-mer étant différente de celle de l'Hexagone¹¹. Parmi les facteurs explicatifs se trouvent : la pauvreté, plus répandue dans ces territoires et pouvant influencer la santé de l'enfant, et la plus forte prévalence des problèmes de santé chez les femmes ultramarines. Les mères accouchant en Outre-mer sont ainsi plus éloignées des parcours de soins classiques et plus à risque de connaître des complications au cours de leur grossesse. La mortalité infantile est aussi très liée au déroulement de la grossesse¹².

C. Des indicateurs de santé des mères plus défavorables en Outre-mer

Les femmes en Outre-mer sont plus nombreuses à connaître ou à avoir connu des antécédents médicaux ou obstétricaux avant ou pendant la grossesse. En Guyane, les antécédents obstétricaux (IVG, accouchement prématuré) sont plus fréquents qu'en Hexagone. Les complications lors de la grossesse sont par ailleurs plus fréquentes dans certaines régions d'Outre-mer. 34 % des femmes en Guadeloupe et 39 % à Saint-Martin

8 Jaconelli, Emma, La mortalité infantile est deux fois plus importante dans les Outre-mer que dans l'Hexagone, *Outre-mer la 1ère*, 11 avril 2025

9 Guillotin, Véronique, *Transformation de l'offre de soins périnataux dans les territoires : le travail doit commencer*, Rapport d'information sénatorial n° 753 (2023-2024), tome I, 2024

10 Guillotin, Véronique, *Transformation de l'offre de soins périnataux dans les territoires : le travail doit commencer*, Rapport d'information sénatorial n° 753 (2023-2024), tome I, 2024

11 Jaconelli, Emma, La mortalité infantile est deux fois plus importante dans les Outre-mer que dans l'Hexagone, *Outre-mer la 1ère*, 11 avril 2025

12 Jaconelli, Emma, La mortalité infantile est deux fois plus importante dans les Outre-mer que dans l'Hexagone, *Outre-mer la 1ère*, 11 avril 2025

ont eu une anémie en cours de grossesse, contre 25 % au niveau national¹³. Les taux de diagnostique d'hypertension artérielle sont également plus élevés en Guadeloupe (7,4 %, pour 4,3 % au niveau national). L'obésité, reconnue comme augmentant les risques de maladie chronique chez la mère et de complications obstétricales ou néonatales lors de l'accouchement, est également plus fréquente dans les DROM en début de grossesse. En 2021, 22 % à 25% des femmes étaient en situation d'obésité avant la grossesse en Outre-mer, contre 14 % dans l'Hexagone.

L'état de santé est particulièrement « dégradé » pour les femmes enceintes d'origine étrangère provenant d'Haïti, du Brésil et du Surinam et venant accoucher en Guyane. Le constat est le même pour les femmes enceintes venant des Comores ou d'Afrique de l'Est venant accoucher à Mayotte. Pour ces femmes il y a très peu de suivi périnatal, voire aucun. Or, le pédiatre guyanais Lindsay Osei met en avant que les problèmes de santé survenus durant la grossesse sont en partie liés « à un mauvais suivi médical entraînant des complications telles que des accouchements prématurés, des malformations et des anomalies génitales »¹⁴.

L'état de la santé mentale des mères dans les DROM est « globalement plus défavorable qu'en Hexagone » selon le rapport ENP-DROM 2021, même si les écarts dans certains territoires ne sont pas significatifs. La part de femmes nourrissant « un sentiment de mal-être pendant la grossesse » est de 33 % en Guadeloupe, 31,9 % à Saint-Martin contre 25,6 % dans l'Hexagone. En Guyane, elles étaient 33,7 % à déclarer avoir été « tristes, déprimées ou sans espoir »¹⁵ deux semaines consécutives durant la grossesse. En Martinique elles étaient un peu plus nombreuses avec 39,4 %¹⁶. Ainsi, à deux mois après l'accouchement, elles sont 31 % à présenter des symptômes dépressifs majeurs, contre 16,7 % dans l'Hexagone. La Réunion, la fréquence de la dépression post-partum est proche de celle observée au niveau national. A Mayotte, également, elles étaient moins nombreuses à déclarer avoir rencontré des difficultés psychologiques alors qu'elles sont plus nombreuses à déclarer ne pas être bien entourées (19,4 % contre 8,5 % en Hexagone).

D. Une santé périnatale marquée par les déterminants socio-économiques

Les réalités sociales et économiques en Outre-mer doivent être prises en considération pour aborder les questions de prévention, de suivi des grossesses et de la parentalité. Il s'agit en premier lieu de la prégnance de la précarité économique, des situations de chômage et de pauvreté massives. Ainsi 900 000 personnes vivent sous le seuil de pauvreté en Outre-mer. Un tissu social particulier, propre à chaque territoire, peut mener à des ménages complexes, rassemblant plusieurs générations en particulier dans le Pacifique et à Mayotte, recomposés ou bien à des

¹³ Santé Publique France, *Santé périnatale en Guadeloupe et à Saint-Martin. Résultats de l'Enquête nationale périnatale 2021 dans les DROM (ENP-DROM 2021)*, 2023

¹⁴ Les Nouvelles Calédoniennes, *Santé en Outre-mer : Les Nouveau-nés plus vulnérables*, 10 mars 2024

¹⁵ Santé Publique France, *Santé périnatale en Guyane. Résultats de l'Enquête nationale périnatale 2021 dans les DROM (ENP-DROM 2021)*, 2023

¹⁶ Santé Publique France, *Santé périnatale en Martinique. Résultats de l'Enquête nationale périnatale 2021 dans les DROM (ENP-DROM 2021)*, 2023

familles monoparentales qui sont deux fois plus nombreuses dans les DROM que dans l'Hexagone. Les situations de solidarité intergénérationnelle, qui donnent une place importante à la famille élargie, sont aussi fréquentes, en particulier dans les territoires du Pacifique.

Certains déterminants socio-économiques renforcent la vulnérabilité des femmes ultramarines dans cette phase critique de leur vie. La situation socio-économique des mères dans les DROM est souvent précaire : aux Antilles et à La Réunion, entre 25 % et 34 % des ménages déclarent un revenu mensuel inférieur à 1 000 euros net, 48 % en Guyane et 60 % à Mayotte, contre 7,5 % dans l'Hexagone¹⁷. En Martinique, seules 57,7 % des femmes exerçaient un emploi en 2021, soit un taux inférieur de plus de 10 points à celui de l'Hexagone (69,8 %)¹⁸. Du fait d'une précarité sociale et d'une pauvreté beaucoup plus marquées, Mayotte et la Guyane sont les territoires où la santé périnatale est la plus dégradée. A Mayotte, la précarité est massive : l'indice de précarité s'élève à 71,3 % des mères, contre 15,5 % dans l'Hexagone. Le revenu mensuel par ménage est inférieur à 500 euros pour 43,5 % des femmes (contre 1,9 % dans l'Hexagone). 33,3 % des femmes ont un niveau d'étude inférieur au collège, contre 1,7 % dans l'Hexagone. A cela s'ajoute un très faible taux de couverture assurantielle : à Mayotte, 31,9 % seulement des femmes qui accouchent sont couvertes par l'Assurance maladie¹⁹. En Guyane, les femmes enceintes sont globalement plus jeunes et plus isolées. L'indice de précarité confirme que les femmes ont une situation socio-économique difficile : la part des femmes défavorisées et très défavorisées est respectivement de 22,6 % et 16,1 % en Guyane, contre 3,9 % et 1,3 % dans l'Hexagone²⁰.

Ces disparités ont des conséquences sur la santé des femmes et des nourrissons.

Pour Olivier Fléchelles, chef de pôle à la Maison de la femme, de la mère et de l'enfant en Martinique, « *c'est d'abord un problème lié à la précarité et à la vulnérabilité sociale et économique d'une partie de la population* »²¹. Additionné à un faible niveau d'enseignement et à une situation irrégulière, la précarité sociale « *tend à augmenter le défaut de suivi durant la grossesse* »²² et entrave l'accès à la conception. Cela entraîne une moindre mise en place de mesures de prévention visant à réduire les risques pour la mère et l'enfant. Par exemple, si 28,3 % des femmes dans l'Hexagone prennent de l'acide folique avant la grossesse, elles ne sont que 8,2 % à l'avoir fait en Guadeloupe. La précarité économique entraîne des conséquences directes sur l'accès aux soins. En Guadeloupe, elles sont 11,2 %, contre 2,8 % en Hexagone, à déclarer avoir dû renoncer à des soins pour des raisons financières²³. Elles sont également 8 % (contre 1 % en Hexagone) à déclarer n'avoir aucune couverture sociale en début de grossesse.

17 Guillotin, Véronique, *Transformation de l'offre de soins périnataux dans les territoires : le travail doit commencer*, Rapport d'information sénatorial n° 753 (2023-2024), tome I, 2024

18 Santé Publique France, *Santé périnatale en Martinique. Résultats de l'Enquête nationale périnatale 2021 dans les DROM (ENP-DROM 2021)*, 2023

19 Boscher Marie, *Santé Périnatale : Une « Situation Préoccupante », notamment dans les Outre-mer, Outre-mer la 1ère*, 20 septembre 2022.

20 Santé Publique France, *Santé périnatale en Guyane. Résultats de l'Enquête nationale périnatale 2021 dans les DROM (ENP-DROM 2021)*, 2023

21 Les Nouvelles Calédoniennes, *Santé en Outre-mer : Les Nouveaux-nés plus vulnérables*, 10 mars 2024

22 Guillotin, Véronique, *Transformation de l'offre de soins périnataux dans les territoires : le travail doit commencer*, Rapport d'information sénatorial n° 753 (2023-2024), tome I, 2024

23 Santé Publique France, *Santé périnatale en Guadeloupe et à Saint-Martin. Résultats de l'Enquête nationale périnatale 2021 dans les DROM (ENP-DROM 2021)*, 2023

E. Des risques environnementaux et climatiques spécifiques

Les Outre-mer sont confrontés à des risques épidémiques infectieux latents favorisés par le climat tropical²⁴ : tels que la dengue, le paludisme, le zika et le chikungunya, maladies transmises par l'intermédiaire de moustiques infectés. La Réunion subit actuellement une forte épidémie de chikungunya, où 33 000 cas ont été confirmés en début d'année 2025. La vigilance est alors de mise pour les nourrissons et les femmes enceintes, particulièrement vulnérables face à cette maladie. Dans le sud de l'île, un nourrisson de moins d'un mois a perdu la vie au mois d'avril.

Le CESE souligne que la pollution au chlordécone a des conséquences délétères sur la santé des femmes. Il s'agit en particulier de conséquences cardiotoxiques : l'insuffisance cardiaque est la première cause de mortalité et de comorbidité en Martinique et Guadeloupe. Les femmes ont en outre des problèmes métaboliques (obésité, hypertension) qui se cumulent. En Martinique, les taux de cancers des ovaires et du sein sont anormalement élevés y compris chez des femmes jeunes, et l'endométriose est répandue. Alors que les effets sur la possibilité d'enfanter est prouvée, la seule maladie professionnelle reconnue à ce jour est le cancer de la prostate. Madame Josiane Jos Pelage, pédiatre et présidente de l'association médicale de sauvegarde de l'environnement et de la santé, dénonce depuis des années un manque d'accompagnement médical à la hauteur, notamment en ce qui concerne les femmes enceintes et les dépistages du cancer du sein²⁵.

La délégation aux Outre-mer demande la reconnaissance de toutes les affections résultant de l'exposition au chlordécone, en particulier les cancers du sein, de l'utérus et les pathologies développées lors de la grossesse. Une campagne de prévention et de dépistage doit être menée en direction de l'ensemble de la population, en particulier chez les femmes. Une vigilance particulière devra être apportée à tous les cancers affectant les femmes.

²⁴ Hors Saint-Pierre-et-Miquelon

²⁵ Ulysse Eline, « En Guadeloupe, une étude lancée pour étudier l'impact de la chlordécone sur la fertilité des femmes », *Outremers360°*, juillet 2024. Une étude a été lancée par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale de Guadeloupe, en lien avec le CHU et l'Institut Pasteur du territoire, afin d'évaluer l'impact du chlordécone sur la fertilité des femmes. Utilisé entre 1972 à 1993 dans les bananeraies de Guadeloupe et de Martinique pour lutter contre le charançon, ce pesticide a des effets extrêmement néfastes sur la santé humaine et l'environnement. L'objectif de cette étude est de « de mettre en lien des pathologies d'infertilité, comme l'endométriose, le syndrome des ovaires polykystiques ou une réserve ovarienne basse, avec le taux de chlordécone ». Les résultats ne seront pas disponibles avant 2027-2028. Voir l'avis *Inégalités de genre, crise climatique et transition écologique*, rapporté par M. Antoine Gatet et Mme Aminata Niakaté, en 2023, avec une contribution de la délégation aux Outre-mer rapportée par M. Alain André.

4

Bibliographie

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DRESS), « *Démographie des infirmières et des aides-soignantes* », juin 2024.

Site internet : Santé mentale.fr 21 septembre 2022.

Atlas de la démographie médicale en France situation au 1er janvier 2024.

Etudes et Résultats DRESS décembre 2024 n°1319.

Mutuelle d'assurance des professionnels de la santé, « *Sages-femmes les chiffres clés 2024* », 31 mai 2025.

Margherita Nasi, Le Monde, « *Les hommes « sages-femmes sont surreprésentés dans les postes valorisés* », 23 novembre 2021.

Isabelle Burgun, « *La faible place des femmes dans l'écriture des sciences influe sur les résultats* », Science-Press, 7 mars 2019.

INSERM, « *Lutte contre le harcèlement et les violences sexistes et sexuelles* », 19 septembre 2024.

Karine Lacombe, « *Les femmes sauveront l'hôpital* », éditions Stock, octobre 2023.

5ème baromètre Ipsos 2024 « *Donner des ailes à la santé* ».

Conseil national de l'ordre des médecins, Enquête sur les violences sexistes et sexuelles, 20 novembre 2024.

Mattea Battaglia, Le Monde, « *L'ampleur des violences sexistes et sexuelles dans le milieu médical documentée par l'ordre des médecins* », le 21 novembre 2024.

Valérie Auslender, « *Omerta à l'hôpital. Le livre noir des maltraitements faites aux étudiants en santé* », Broché – Grand livre, 28 février 2017.

Omerta à l'hôpital, article publié sur le site France assos santé, 18 avril 2017.

Association Nationale des Etudiants en Médecine de France, Enquête 2021 sur les VSS en étude de médecine.

Quotidien du médecin ? « *Faut-il effacer les fresques de la discorde dans les salles de garde ?* » 3 mars 2023.

Rapport et avis, « *Eduquer à la vie affective, relationnelle et sexuelle* » rapportés par Cécile GONDARD-LALANNE et Evanne JEANNE-ROSE, septembre 2024.

Observatoire des Violences Sexistes et Sexuelles dans l'Enseignement Supérieur, « *Pressions, silence et résistances : étude sur les violences sexistes et sexuelles et les discriminations en milieu doctoral en France* », 16 septembre 2024.

Lysa Heurtier Manzanaras réalisatrice du Documentaire, « *Briser le silence des amphis* ».

La nouvelle République, « *Tours : l'étudiant en médecine condamné pour agressions sexuelles a intégré le CHU de Toulouse* » article publié le 10 octobre 2024.

Karine Pellat, *France Info*, « *Les syndicats du CHU envisagent de déclencher une procédure pour "danger grave et imminent" à l'arrivée d'un interne condamné pour agressions sexuelles* », 10 octobre 2024.

Sud-Ouest -AFP, « *#MeToo hôpital, la moitié des infirmières déclarent avoir été victimes de violences sexistes et sexuelles* », décembre 2024.

Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe - Résolution 2306 (2019) - Violences obstétricales et gynécologiques

Rapport du Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes, « *Actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical : reconnaître et mettre fin à des violences longtemps ignorées* », rapporté par Geneviève COURAUD et Margaux COLET, 29 juin 2018.

Mme Véronique Guillotin, rapporteure, Rapport de la mission d'information, « *Santé périnatale et son organisation* », Sénat, Septembre 2024.

France Info, Violences gynécologiques : « *Les femmes ont raison, nous pouvons pratiquer avec plus de délicatesse* », 26 mars 2024.

Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique.

France Info, Violences gynécologiques : « *Les femmes ont raison, nous pouvons pratiquer avec plus de délicatesse* », 26 mars 2024

Mounia El Kotni et Chiara Quagliariello, « *L'injustice obstétricale Une approche intersectionnelle des violences obstétricales* », Cahiers du Genre, 71(2), 107-128, 2022.

Site internet : l'ObsMed [consulté le 29 avril 2025] État des lieux — L'Observatoire Féministe des Violences Médicales

Commission nationale consultative des droits de l'homme (CNCDH), « *Agir contre les maltraitements dans le système de santé : une nécessité pour respecter les droits fondamentaux* », 22 mai 2018.

Miguel Shema, « *La santé est politique : la médecine soigne-t-elle vraiment tout le monde* », Editions Belgod, 2025, p. 213.

Fabien Coisy, Guillaume Olivier, François-Xavier Ageron, Hugo Guillermou, Mélanie Roussel, Frédéric Balen, Laura Grau-Mercier, Xavier Bobbia, "Do emergency medicine health care workers rate triage level of chest pain differently based upon appearance in simulated patients?", *European Journal of Emergency Medicine*, Juin 2024.

Contribution du Défenseur des droits au Rapport 2024 de la Commission nationale consultative des droits de l'homme (CNCDH), « *Lutte contre le racisme, l'antisémitisme et la xénophobie* », mars 2025.

Défenseur des droits, Rapport « *Prévenir les discriminations dans les parcours de soins : un enjeu d'égalité* », mai 2025.

Conseil de l'Europe, « *Personne LGBTQIA+ en Europe : droit au meilleur état de santé possible et à l'accès aux soins* » 7 octobre 2024.

Guide pour une santé inclusive du Crips à destination des professionnels et professionnelles de santé, 2021.

Rapporté par Marianne TORDEUX BITKER et Eric MEYER, « *Pour une intelligence artificielle au service de l'intérêt général* », Conseil économique, social et environnemental, 14 janvier 2025.

Huffington post, « *La santé des personnes LGBT, un révélateur d'inégalités sociales* », 12 avril 2017.

Dr Hervé PICARD Simon JUTANT, avec l'appui de Geneviève GUEYDAN de l'Inspection Générale des Affaires Sociales, « *Rapport relatif à la santé et aux parcours de soins des personnes trans* », janvier 2022.

Margaux Cosne, Santé des personnes transgenres 2021. Étude quantitative explorant la santé, l'accès aux soins et les discriminations vécues par les personnes transgenres en France en 2021, Université de Médecine, Montpellier (sous la dir. de Cyril Perrollaz).

Site internet : Le ReST — Réseau Santé Trans

Arnaud Alessandrin, Institut pour la Recherche en Santé Publique, Questions de santé publique, « *La santé des personnes trans* », Décembre 2023.

Cy Lecerf Maulpoix, « *Ecologies déviantes : voyage en terres queer* », Editions Cambou, aout 2022, p. 355.

Mélanie Vogel, question écrite n°10382 - 16e législature, Protéger les enfants intersexes de mutilations génitales, février 2024.

Collectif, Santé des femmes : l'importance d'un investissement collectif pour une société plus forte, La Tribune avril 2024, consulté le 14 avril 2025.

Laurence Cohen, Annick Jacquemet, Marie-Pierre Richer, Laurence Rossignol, rapporteures, « *Santé des femmes au travail : des maux invisibles* » - Délégation aux droits des femmes du Sénat, Juin 2023.

Deloitte, « *US health care can't afford health inequities* », Economic cost of health disparities | Deloitte Insights, juin 2022 consulté le 14 avril 2025.

Journal of Epidemiology & Community Health, 2011, Economic costs of health inequalities in the European Union | Journal of Epidemiology & Community Health consulté le 14 avril 2025.

Tribune collective - *Les Echos*, « La dépression post-partum est un enjeu sanitaire, social et économique », publiée le 3 avril 2025.

Table-ronde organisée par la Délégation aux droits des femmes de l'Assemblée nationale sur les nouveaux enjeux de la maternité et de la paternité, le mercredi 2 avril 2025 dans le cadre de la Mission d'information sur les politiques d'accompagnement à la parentalité (Sarah Legrain, députée, co-rapporteure ; Delphine Lingemann, députée, co-rapporteure).

Site internet : Reproductive justice, SisterSong.

Françoise Vergès, « *Le ventre des femmes* », Albin Michel 2017.

Ross, 2011 in *La justice reproductive ou l'application du prisme de la justice sociale à la santé et aux droits sexuels, reproductifs et maternels*, Fédération du Québec pour le planning des naissances.

Rapport de la Cour des comptes, « *La politique de périnatalité : des résultats sanitaires médiocres, une mobilisation à amplifier* », mai 2024.

Institut national d'études démographiques (INED), « *Le délai pour concevoir un enfant* », Fiche pédagogique delai_conception_2010.fr.pdf

Pétition · Fausse couche, vrai vécu. - France · Change.org, donnant lieu par la suite à une tribune publiée dans le journal *Le Monde* le 27 mars 2022 « *Finissons-en avec l'expression "faire une fausse couche", parce que rien n'est faux, et que tout est vrai* ».

« *Les fausses couches sont un secret et une douleur partagée par tant de femmes* » interview de Judith Aquien, *Le Monde* 17 mars 2024.

LOI n° 2023-567 du 7 juillet 2023 visant à favoriser l'accompagnement psychologique des femmes victimes de fausse couche.

LOI n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la Sécurité sociale pour 2024.

Dossier de l'Inserm, « *Assistance médicale à la procréation (AMP) Des techniques pour aider les couples infertiles* », juillet 2017.

Professeur Samir HAMAMAH et Mme Salomé BERLIOUX, Ministère de la Santé, « *Rapport sur les causes d'infertilité Vers une stratégie nationale de lutte contre l'infertilité* », février 2022.

Isabelle Doresse et Agnès Popelin-Desplanches, rapporteuses, « *Pour une politique publique nationale de santé-environnement au cœur des territoires* », Conseil économique, social et environnemental, 24 mai 2022.

Évaluation du troisième plan national santé environnement et préparation de l'élaboration du plan suivant, Béatrice Buguet-Degletagne, Décembre 2018.

Michel Chassang et Anne Gautier, rapporteur et rapporteure « *Les maladies chroniques* » 11 juin 2019.

Agence de la biomédecine, Fin des gamètes anonymes : Communiqué de presse, avril 2025.

Cour des comptes, « *Les mission de l'agence de la biomédecine après la dernière loi de bioéthique* », Communication à la commission des affaires sociales du Sénat, Janvier 2024.

Arrêté du 14 avril 2022 portant modification de l'annexe de l'arrêté du 11 avril 2008 modifié relatif aux règles de bonnes pratiques cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation.

Décret n° 2021-1243 du 28 septembre 2021 fixant les conditions d'organisation et de prise en charge des parcours d'assistance médicale à la procréation.

Philippe Faucher, Danielle Hassoun, Thelma Linet, « *Santé sexuelle et reproductive des personnes LGBT* », Pratique en gynécologie-obstétrique, Editions Elsevier Masson, 2023, p. 176.

Judith Aquien, « *Trois mois sous silence, le tabou de la condition des femmes en début de grossesse* », Payot, mai 2021.

Fondation des femmes, « *Le coût d'être mère* », note #3, juin 2023.

Véronique Séhier rapporteure, « *Droits sexuels et reproductifs en Europe : entre menaces et progrès* », Conseil économique, social et environnemental, novembre 2019.

Etude Ifop pour Le Planning Familial, « *L'accès des françaises à l'avortement* », Juillet 2024.

Santé publique France, 2016.

Jean-Michel ARNAUD, Bruno BELIN, Mme Nadège HAVET, M. Pierre MÉDEVIELLE, Mmes Marie-Pierre MONIER, Guylène PANTEL, Raymonde PONCET MONGE et Marie-Claude VARAILLAS, sénateurs et sénatrices, Rapport d'information du Sénat sur la situation des femmes dans les territoires ruraux, octobre 2021.

Marie-Noëlle BATTISTEL et Guillaume GOUFFIER-CHA, Député.es, Rapport d'information de l'Assemblée nationale sur la constitutionnalisation de l'interruption volontaire de grossesse, novembre 2022.

Assma Maad et Romain Imbach, « *Accès à l'IVG : dans la pratique, des obstacles perdurent en France* », *Le Monde*, 28 février 2024.

Direction de la recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES), « *Les établissements de santé* », édition 2021.

La Déferlante, « *Avorter, une lutte sans fin* », n°13, mars 2024.

Article L162-12 du Code de la santé publique.

Décret n° 2008-800 du 20 août 2008 relatif à l'application du second alinéa de l'article 79-1 du code civil.

Loi n° 2021-1576 du 6 décembre 2021 visant à nommer les enfants nés sans vie.

Catherine Rollot, *Le Monde*, *Deuil périnatal*, « il était évident pour moi d'avoir des photos de mon fils pour ne pas oublier ses traits », 17 mai 2025.

Antony Cortes et Sébastien Leurquin, « *4,1 Le scandale des accouchements en France* », Buchet-Chastel 2025.

Blondel, B. « *Les maternités en milieu rural : bénéfices et inconvénients de la fermeture des maternités de proximité* ». *Revue de Médecine Périnatale*, 2017/3.

Compte Instagram : <https://www.instagram.com/reel/DJQs10ZRLeF/?igsh=MTFnZDd3bXZwMjJ2ZQ==> « Né à domicile sans assistance médicale ce bébé n'a pu être déclaré à l'État qu'à ses 6 mois » Ouest France 9 janvier 2023 ou Indre et Loire, 3 mois après sa naissance un bébé né à la maison toujours pas inscrit à l'État civil 27 septembre 2022 TF1 infos Indre-et-Loire : trois mois après sa naissance, un bébé né à la maison toujours pas inscrit à l'état civil | TF1 INFO

Article 56 du code civil.

Rozée, V. et Schantz, C. (2023). Accoucher pendant la pandémie du Covid-19 en France : d'un « tout s'est bien passé » au sentiment d'une maternité volée. *Sciences sociales et santé*, 41(4), 43-70. <https://doi.org/10.1684/sss.2023.0259>.

Haute Autorité de Santé, « *Situation particulière de vulnérabilité : femme enceinte en grande précarité sociale* », Recommander les bonnes pratiques, janvier 2024.

Geneviève Couraud et Gilles Lazimi, rapporteur-es, « *Santé et accès aux soins : une urgence pour les femmes en situation de précarité* », Haut Conseil à l'Egalité, Rapport n°2017-05-29-SAN-O27 publié le 29 mai 2017.

Fable Lab, Projet de recherche « *Médiation(s) Santé Femmes* ».

Observatoire du Samu Social de Paris, Rapport d'enquête ENFAMS Enfants et familles sans logement personnel en Ile-de-France, octobre 2014.

Jean-Marc Juilhard, rapporteur, « *Maltraitance envers les personnes handicapées : briser la loi du silence, tome 1, rapport* », Rapport n° 339 (2002-2003), tome I, déposé le 10 juin 2003.

Lucia Riera Bosqued et Laura Llach Gil pour Euronews, « *France : stérilisation des femmes handicapées, le consentement en jeu (épisode 2/5)* », juin 2023.

Clotilde Costil pour Handicap.fr, « *Stérilisation forcée : des pratiques controversées en Europe* », septembre 2022.

Article 62 - LOI n° 2025-199 du 28 février 2025 de financement de la Sécurité sociale pour 2025 (1) - Légifrance

Article L.160-8, 5° bis du Code de la Sécurité sociale Section 2 : Dispositions relatives aux prestations (Articles L160-8 à L160-12) - Légifrance

Article L1411-6-4 - Code de la santé publique - Légifrance

Site internet : Assurance maladie. [consulté le 14 mai 2025] Surpoids ou obésité : particularités du suivi de la grossesse | ameli.fr | Assuré

Site internet : Mam'enForme [consulté le 14 mai 2025] Journée Mondiale de l'Obésité.

Haute autorité de Santé, Les bonnes pratiques, « *Situation particulière de vulnérabilité : grossesse et postpartum en milieu carcéral* », janvier 2024.

LOI n° 2014-896 du 15 août 2014 relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales.

Légifrance - Droit national en vigueur - Circulaires et instructions - Circulaire relative à la prise en charge des enfants vivant avec leur mère en détention

Ministère de la Justice, Cahiers d'études pénitentiaires et criminologiques n°51, « *Exercer sa maternité en prison* », 2020.

Articles L. 2111-1 et L. 2112-2 du Code de santé publique.

Diane Lacombe, « *La pratique des sages-femmes concernant les mutilations sexuelles féminines en salle de naissances : Évaluation des connaissances, des pratiques et des besoins professionnels dans quatre structures de soins* », Ecole de sages-femmes Hôpital Foch, septembre 2019.

Préfecture et les services de l'État en région Ile-de-France. Colloque : « *Lutte contre l'excision en Île-de-France : Agissons ensemble !* » | La préfecture et les services de l'État en région Île-de-France.

Santé Publique France, Etudes et enquêtes « *Les morts maternelles en France 2016-2018* », avril 2024.

A. Doncarli, M. Gorza, E. Gomes, T. Cardoso, MN. Vacheron, N. Regnault et S. Tebeka « *Suicide en période périnatale : données épidémiologiques récentes et stratégies de prévention* » Bulletin épidémiologique hebdomadaire de Santé Publique France du 14 mars 2023.

Haute Autorité de Santé « *Evènements indésirables graves associés aux soins, un bilan riche d'enseignement* », 21 novembre 2022.

INSERM, « *Prématurité, des bébés qui arrivent trop tôt* », 13 février 2023.

Journal of American Medical Association, juillet 2022

Société Française de Néonatalogie, « *Qualité des soins et sécurité des nouveau-nés requérant des soins critiques : état des lieux en 2023* ».

INSEE, « *Un enfant sur 250 meurt avant l'âge d'un an en France* », Première 10 avril 2025.

Enquête Nationale de Périnatalité, INSERM, Santé publique France, rapport 2021

White, A. J., Bradshaw, P. T., & Hamra, G. B. (2018). *Air pollution and breast cancer: a review. Current epidemiology reports*, 5, 92-100.

Glinianaia, S. V., Rankin, J., Bell, R., Pless-Mulloli, T., & Howel, D. (2004). *Particulate air pollution and fetal health: a systematic review of the epidemiologic evidence. Epidemiology*, 15(1), 36-45.

Flores-Pajot, M. C., Ofner, M., Do, M. T., Lavigne, E., & Villeneuve, P. J. (2016). *Childhood autism spectrum disorders and exposure to nitrogen dioxide, and particulate matter air pollution: a review and meta-analysis. Environmental research*, 151, 763-776.

Ghosh, J. K. C., Heck, J. E., Cockburn, M., Su, J., Jerrett, M., & Ritz, B. (2013). *Prenatal exposure to traffic-related air pollution and risk of early childhood cancers*. American journal of epidemiology, 178(8), 1233-1239.

INSERM, « *Les paquets de couche pour bébés véhiculent des images non-conformes aux recommandations de prévention de la mort subite* », 23 octobre 2023.

Martin CHALUMEAU chef du service de pédiatrie de l'hôpital Necker-Enfants malades, épidémiologiste à l'INSERM interrogé par le journal Le Monde le 23/10/2023 « *Mort subite du nourrisson : les images sur les paquets de couches contraires aux recommandations de couchage* » article de Nathalie BRAFMAM.

Proposition de loi déposé par Paul-André Colombani visant à lutter contre la mortalité infantile 1237-AO déposé le 7 mai 2025.

Site internet : Ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles [consulté le 11 juin 2025].

Valérie Delvère, « *Pour une sociologie des inégalités environnementales* », PIE Peter Lang, 2015.

Rapport inter-associatif "Soif de Justice : Agir contre les discriminations environnementales d'accès à l'eau potable dans les territoires dits d'Outre-mer", juin 2025 : Notre Affaire A Tous, Associations d'outre-mer membres du mouvement France Nature Environnement.

INSERM « *Expositions environnementales précoces et santé respiratoire de l'enfant : l'exposome dévoile ses premiers résultats* », 06 février 2019.

Etude publiée le 9 novembre 2022 par la revue « *Environmental Health Perspectives* ».

Parlement européen, « *Sécurité des jouets : accord sur de nouvelles mesures visant à protéger la santé des enfants* », Communiqué de presse, 11 avril 2025.

Haut Conseil de la santé publique, « *L'allaitement maternel* » rapport, juin 2024.

Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT), « *Photographie statistique de la sinistralité au travail en France selon le sexe* », 4 juillet 2022.

Marjorie Cessac, *Le Monde*, « *Cancers, chez les hôtesses de l'air la difficile reconnaissance des risques professionnels* », 26 février 2025.

Institut National de Recherche et de Sécurité (INRS), Enquête SUMER surveillance médicale des expositions des salariés aux risques professionnels, 2022.

Direction de l'Animation de la Recherche, des Études et des Statistiques (DARES), « *Les métiers du nettoyage : quels types d'emploi, quelles conditions de travail ?* », 2019.

Avis révisé de l'Anses : *Tableau des maladies professionnelles nécessitant une mise à jour, Rapport révisé d'expertise collective* - Mars 2025.

Site internet : Améli Dépression post-partum | ameli.fr | Médecin [consulté en juillet 2025]

ENCMM, 7ème rapport.

Fédération hospitalière de France, « *RÉPONDRE À L'URGENCE ET BÂTIR L'AVENIR DE LA PSYCHIATRIE* », janvier 2025.

Site internet : 1000jours - Blues Site de l'État [consulté en juillet 2025].

Pétition · Le gouvernement abandonne la politique des 1000 premiers jours ! - France · Change.org

Décret n° 2025-559 du 21 juin 2025 relatif aux modalités de mise en œuvre de l'expérimentation visant à mettre en place un parcours de prise en charge de la dépression post-partum.

Le Monde, tribune collective « Faisons de la santé mentale périnatale l'un des axes forts des politiques de santé publique », octobre 2024.

Article L2122-1 du code de la santé publique

Site internet : *L'entretien prénatal précoce* - Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles, consulté le 16 avril 2025.

Atlas de la démographie médicale en France situation au 1er janvier 2024.

La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), « *Liste des maternités de France au 31 décembre 2023* », 2024.

Décrets 98-899 et 98-900 du 9 octobre 1998 relatifs aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à pratiquer les activités d'obstétrique, de néonatalogie ou de réanimation néonatale.

Cour des Comptes, « *La politique de périnatalité : des résultats sanitaires médiocres, une mobilisation à amplifier* », mai 2024.

Académie nationale de médecine, « *Planification d'une politique en matière de périnatalité : organiser la continuité des soins est une nécessité et une urgence* », 28 février 2023.

Site internet : Chiffres clés : Médecin généraliste | Profil Médecin [consulté le 10 juillet 2025]

Le Collège national des gynécologues et obstétriciens français, « *Pérennité des équipes, quel avenir pour la continuité des soins en gynécologie-obstétrique ?* », Rapport 2022.

Académie de médecine, « *Sortir les hôpitaux du piège de l'intérim médical* », 27 avril 2023.

Cour des Comptes, « *Intérim médical et permanence des soins dans les hôpitaux publics : des dérives préoccupantes et mal maîtrisées* », mai 2024.

Haute Autorité de Santé, « *Evénements indésirables graves associés aux soins en lien avec les services des urgences : une analyse des déclarations faites par les professionnels et les établissements de santé* », 14 mai 2024.

Cour des comptes, « *Les maternités : une réorganisation à poursuivre activement* », 23 janvier 2015.

Article L162-31-1 I du code de la Sécurité sociale.

Société française de néonatalogie, « *Qualité des soins et sécurité des nouveau-nés requérant des soins critiques : état des lieux en 2023* ».

Amendement proposé par Damien Maudet, député de Haute Vienne le 2 mai 2025.

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.

Haute Autorité de Santé, « *Situation particulière de vulnérabilité : femme enceinte victime de violences au sein du couple* », Recommander Les bonnes pratiques, janvier 2024.

Site internet : Histoire de la profession, Ordre des sages-femmes, [site consulté le 28 mai 2025].

Décret n° 2023-1035 du 9 novembre 2023 relatif à la désignation d'une sage-femme référente.

DRESS « *Etudes et résultats* » PMI : un recul de l'activité et une forte baisse des effectifs de médecins entre 2016 et 2019.

Postollec Julie, « *Pourquoi davantage de bébés meurent dans les Outre-mer ?* », Outre-mer la 1ère, 15 mars 2025.

Chambre régionale des comptes de Mayotte, Rapport d'observations définitives : Département de Mayotte- Protection maternelle et infantile, 2023.

« *Pour sauver la PMI, agissons maintenant* », rapport au premier ministre et à la ministre de la santé présenté par Michèle Peyron, députée, mars 2019.

Christiane BASSET, rapporteure, « *La protection maternelle et infantile* », Conseil économique, social et environnemental, 24 octobre 2014.

Rapport de la commission des 1 000 premiers jours, « *1 000 premiers jours, là où tout commence* », septembre 2020.

Ordonnance du 19 mai 2021, art. L214-2 du code de l'action sociale et des familles.

INSTRUCTION N° SGMCAS/2022/106 du 12 avril 2022 relative à la déclinaison pour 2022 de la politique relative aux 1 000 premiers jours de l'enfant.

Circulaire C 2022-02 de la Caisse nationale des allocations familiales relative au volet 3 du Fonds National Parentalité.

Défenseur des droits dans son rapport de 2019 « *Dématérialisation et inégalités d'accès aux services publics* ».

Publication réseau social Facebook de Maman Blues le 23 février 2024 et pétition en ligne sur change.org Pétition · Le gouvernement abandonne la politique des 1000 premiers jours ! - France · Change.org

Libération, « *Oubli - Un collectif de 27 associations dénonce l'absence de ministère de l'Enfance* », 26 décembre 2024.

Le Monde, tribune collective, « *L'appel de plus de 100 organisations pour un grand ministère de l'enfance : 'Les enfants devraient être les premiers à être protégés par l'action publique'* », 11 février 2025.

Décret n° 2025-118 du 10 février 2025 instituant un haut-commissaire à l'enfance

Décret n° 2025-17 du 8 janvier 2025 relatif aux attributions du ministre du travail, de la santé, des solidarités et des familles

Martin BOBEL et Dominique JOSEPH, rapporteur-es, « *Renforcer le financement des associations : une urgence démocratique* », Conseil économique, social et environnemental, Mai 2024.

Insee Première, No 1983, paru le : 06 février 2024.

Défenseur des droits, « *La perception des discriminations dans l'emploi* », 13^{ème} baromètre mené conjointement par le ou la défenseure des droits et l'OIT sur les discriminations à l'emploi, 2020.

Le Monde, « Les femmes enceintes « toujours trop discriminées » dans le monde du travail, dénonce la Défenseure des droits », 7 mars 2022.

10^e Baromètre Défenseur des droits de la perception des discriminations dans l'emploi | Défenseur des Droits / Organisation internationale du travail de la perception des discriminations dans l'emploi.

Enquête – *Les inégalités au sein de la profession d'avocat-es* – L'Union des Jeunes Avocats de Paris

Dominique Meurs et Pierre Pora, 2019, « *Égalité professionnelle entre les femmes et les hommes en France : une lente convergence freinée par les maternités* », Économie et Statistique : 510-511-512 – 2019. Et : INSEE, « *Les trajectoires professionnelles des femmes les moins bien rémunérées sont les plus affectées par l'arrivée d'un enfant* », Octobre 2019.

Articles L1225-1 à L1225-34 du code du travail relatifs aux autorisations d'absence et congé de maternité. Articles L1225-30 à L1225-33 relatifs aux dispositions particulières à l'allaitement.

Dress, « *Premiers jours de l'enfant : un temps de plus en plus sanctuarisé par les pères via le congé de paternité* », Études et résultats N° 1275. Paru le 20 juillet 2023.

CIRCULAIRE CIR-29/2024 du 7 novembre 2024.

Décision 2020-036 du 9 octobre 2020.

Civ 1 - 2 octobre 2024 et Civ 1 - 14 novembre 2024.

Sénat, Rapport d'information n° 485 (2023-2024), tome I, déposé le 28 mars 2024 « *Familles monoparentales : pour un changement des représentations sociétales* ».

Sélim Derkaoui, Livre enquête « *Laisse pas trainer ton fils* », Éditions Les Liens qui libèrent, 2025.

Décret n° 2025-515 du 30 mai 2025 relatif au complément de libre choix du mode de garde.

INSEE, Femmes et hommes, l'égalité en question, 2022.

Rapport annuel 2024 sur l'état des lieux du sexisme en France - *S'attaquer aux racines du sexisme Haut conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes*, janvier 2024.

État des lieux du sexisme en France en 2025 - À l'heure de la polarisation, Haut conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes, janvier 2025.

Le paternage, ou "l'essor des nouveaux pères" : épisode 0/11 du podcast Le mot | Radio France | France Inter

INSEE, Delphine Roy, « *Le travail domestique : 60 milliards d'heures en 2010 division* » *Redistribution et politiques sociales*.

Observatoire des inégalités « *Partage des tâches domestiques : les progrès sont lents* », mars 2025.

Stéphane Jourdain et Guillaume Daudin, « *L'arnaque des nouveaux pères. Enquête sur une révolution manquée* », Glénat BD, 2024.

INSEE, *L'emploi du temps en 2010*, n°130, paru en 2012.

Stéphane Jourdain et Guillaume Daudin, « *L'arnaque des nouveaux pères. Enquête sur une révolution manquée* », Glénat BD, 2024.

Autrice de "*Halving It All: How Equally Shared Parenting Works*", Harvard University Press, 1999.

Enquête réalisée par l'Institut Elbae pour WeMoms, le réseau social des futures et jeunes mamans, 2021.

Katrin Acou-Bouaziz, « *Baby-clash : comment éviter une crise de couple après l'arrivée du bébé ?* », *L'Express*, 16 septembre 2014

LOI n° 2014-873 du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes.

Chloé Sharrock, pour Elle, « Exclusif - #MeToo, Depardieu, monoparentalité, congé de naissance : Macron nous répond », 8 mai 2024.

Ouest-France, « Aurore Bergé relance le congé de naissance, plus court et « mieux indemnisé » que le congé parental », 3 mars 2025.

Ministère des solidarités et de la santé, « *Les 1 000 premiers jours. Là où tout commence* », Rapport de la commission des 1 000 premiers jours, septembre 2020.

Legrain, S. et Lingemann, D. (2025). *Rapport d'information sur les politiques d'accompagnement à la parentalité*. Assemblée nationale, Délégation aux droits des femmes, présenté le 24 juin 2025.

France Stratégie, *Lutter contre les stéréotypes filles-garçons. Quel bilan de la décennie, quelles priorités d'ici à 2030 ?*, 12 mai 2025.

Pascal COTON et Marie-Andrée BLANC, rapporteuses, « *Vers un service public de la petite enfance* », Conseil économique, social et environnemental, mars 2022.

Rapport de l'Observatoire national de la petite enfance : *Les derniers chiffres de référence de l'accueil des jeunes enfants*, 16 décembre 2024.

Cour des Comptes, « *La politique d'accueil du jeune enfant* », décembre 2024.

DREES « *L'influence des charges de famille sur les revenus d'activité, selon le genre : le cas des médecins libéraux français* », mars 2017, n°14.

Ordonnance n° 58-1066 du 7 novembre 1958 portant loi organique autorisant exceptionnellement les parlementaires à déléguer leur droit de vote.

Preparing a harmonized maternity leave for Members of the European Parliament - legal analysis - Anne Bonewitt (2016)

5

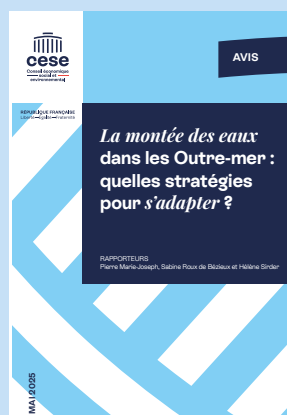
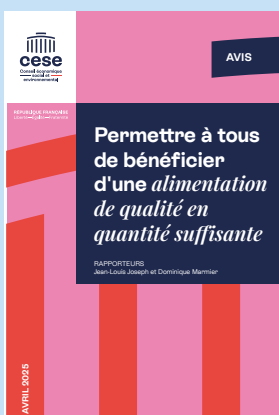
Table des sigles

AAD	Accouchement à domicile
AFA	Agence française de l'adoption
AFP	Agence France Presse
AMP	Assistance médicale à la procréation
ANACT	Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail
ANEMF	Association Nationale des Etudiants en médecine de France
ANSES	Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail
APAAD	Association de professionnels de l'accouchement accompagné à domicile
APF	Association des paralysés de France
AP-HP	Assistance Publique – Hôpitaux de Paris
ARIP	Alliance francophone pour la santé mentale périnatale
ARS	Agence régionale de santé
ASE	Aide sociale à l'enfance
BD	Bande dessinée
CAF	Caisse d'allocations familiales
CAMPS	Centre d'action médico-sociale précoce
CDPC	Centres délocalisés de prévention et de soins
CECOS	Centre d'Etude et de Conservation des Œufs et du Spermé humains
CESE	Conseil économique, social et environnemental
CHU	Centre hospitalier universitaire
CIAN	Collectif Inter associatif Autour de la Naissance
CMPP	Centres médico-psychologiques pédagogiques
CNAF	Caisse Nationale d'Allocations Familiales
CNCDH	Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme
CNOGF	Conseil national des gynécologues obstétriciens de France
CNRS	Centre national de la recherche scientifique
CPAM	Caisses primaires d'assurance maladie
DAP	Direction de l'administration pénitentiaire
DARES	Direction de l'Animation de la Recherche, des Études et des Statistiques
DDFE	Délégation aux droits des femmes et à l'égalité
DOM-TOM	Départements d'Outre mer et Régions d'Outre mer

DREETS	Directions régionales de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités
DRESS	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DROM	Départements et régions d'Outre mer
DSRP	Dispositifs spécifiques régionaux de périnatalité
DUERP	Document unique d'évaluation des risques professionnels
ENCMM	Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles
ENP	Enquête nationale périnatale
EPNP	Entretien post-natal précoce
EPP	Entretien prénatal précoce
FFRSP	Fédération Française des Réseaux de Santé en Périnatalité
FIV	Fécondation in vitro
GPA	Gestion pour autrui
HAD	Hospitalisation à domicile
HAS	Haute Autorité de Santé
HCE	Haut Conseil à l'Egalité entre les femmes et les hommes
HCSP	Haut Conseil de la Santé Publique
IA	Intelligence artificielle
IFSI	Instituts de formation en soins infirmiers
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
IMC	Indice de masse corporelle
IMG	Interruption médicale de grossesse
INED	Institut national d'études démographiques
INERIS	Institut national de l'environnement industriel et des risques
INRA	Institut National de la Recherche Agronomique
INRS	Institut National de Recherche et de Sécurité
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
IPDE	Infirmières-puéricultrices diplômées d'Etat
ISG	Interruption spontanée de grossesse
ISP	Interruption spontanée de grossesse
IVG	Interruption volontaire de grossesse
LAEP	Lieux d'accueil enfants-parents
LGBTQIA	Lesbienne, gay, bisexuel, transgenre et queer ou en questionnement, intersexuées et asexuelles, aromantiques ou agenres.
MCO	Mode unique de financement pour les activités de médecine, chirurgie et obstétrique
MCU-PH	Maitre de conférences des universités-praticiens hospitaliers

MCV	Maladies cardio-vasculaires
MSA	Mutualité sociale agricole
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OMS/NIH	National institutes of health
PACA	Provence-Alpes-Côte d'Azur
PIB	Produit intérieur brut
PMA	Procréation médicalement assistée
PMI	Protection maternelle et infantile
PU-PH	Professeur des universités-praticien hospitalier
RéPAP	Référent "parcours périnatalité"
RGPP	Révision générale des politiques publiques
RH	Ressources humaines
SA	Semaine d'aménorrhée
SDF	Sans domicile fixe
SNDS	Système national des données de santé
SNF	Société française de néonatalogie
T2A	Tarification à l'activité
UE	Union européenne
UJA	Union des jeunes avocats de Paris
UMB	Unité mère-bébé
UME	Unité mère-enfant
UPE	Unité patientes en errance
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
VOG	Violences gynécologiques et obstétricales
VSS	Violences sexistes et sexuelles

Dernières publications du Conseil économique, social et environnemental



Retrouvez l'intégralité des travaux du CESE sur le site

ecese.fr

Retrouvez le CESE sur les réseaux sociaux



Imprimé par la Direction de l'information légale et administrative, 26, rue Desaix, Paris 15^e, d'après les documents fournis par le Conseil économique, social et environnemental • N° 411240012-000625 - Dépôt légal : septembre 2025 • Crédit photo : Dicom



PEFC™ 10-31-2190



IMPRIM'VERT®

lecese.fr

9, place d'Iéna
75 775 Paris Cedex 16
01 44 43 60 00



**PREMIER
MINISTRE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Direction de l'information
légale et administrative



Les éditions des
Journaux officiels

N° 41124-0016

ISSN 0767-4538 ISBN 978-2-11-077592-4

